

MET RAAD EN DAAD
DE GESCHIEDENIS VAN DE GEZONDHEIDSRAAD 1902-1985

Assist and Advice
The History of the Health Council of The Netherlands 1902-1985

PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF.DR. C.J. RIJNVOS
EN VOLGENS HET BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 23 september 1992 om 15.45 uur

door

RENÉ BERNARDUS MARIA RIGTER

geboren te Blaricum

PROMOTIE-COMMISSIE

PROMOTOR: PROF.DR. M.J. van LIEBURG

OVERIGE LEDEN: PROF.DR. J.M.W. BINNEVELD
PROF.DR. J. HUISMAN
PROF.DR. A.H.M. KERKHOFF

INHOUD

WOORD VOORAF 9

1 INLEIDING

- 1.1 ONDERWERP 10
- 1.2 VRAAGSTELLING 11
- 1.3 OPBOUW EN LEESWIJZER 13
- 1.4 BRONNEN 15

2 VOORGESCHIEDENIS

- 2.1 OVERHEIDSBEMOEIENIS MET DE VOLKSGEZONDHEID IN VROEGER EEUWEN 17
 - 2.1.1 De periode tot 1795 17
 - 2.1.2 Het volksgezondheidsbeleid in de jaren 1795-1865 17
 - 2.1.3 Het Geneeskundig Staatstoezicht 1865-1902 19
- 2.2 DE TOTSTANDKOMING VAN DE GEZONDHEIDSWET VAN 1901 21
 - 2.2.1 De opkomst van een nieuwe generatie van hygiënisten 21
 - 2.2.2 Hendrik Goeman Borgesius en Wilhelmus Pieter Ruysch 22
 - 2.2.3 De wetsontwerpen van minister Heemskerk en de inspecteurs 24
 - 2.2.4 Het wetsontwerp van Goeman Borgesius 25
 - 2.2.5 Discussies over de ontwerp-Gezondheidswet 26
 - 2.2.6 De parlementaire behandeling van de Gezondheidswet 28

3 ADVISEREN EN BESTUREN: 1902-1920

- 3.1 DE ORGANISATIE 31
 - 3.1.1 Samenstelling 31
 - 3.1.2 Het ambtskostuum 34
 - 3.1.3 Huisvesting 34
 - 3.1.4 Werkwijze 35
 - 3.1.5 Secretariaat 36
 - 3.1.6 Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid 36
 - 3.1.7 Het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid 36
 - 3.1.8 Interne conflicten 37
 - 3.1.9 De Gezondheidswet van 1919 40
- 3.2 DE ADVIEZEN 45
 - 3.2.1 Pokken en de handhaving van de zijdelingse inentingsdwang 46
 - Voorgeschiedenis* 46
 - Het wetsontwerp van Kuyper* 46
 - De reacties op het wetsontwerp* 47
 - Het advies van de Centrale Gezondheidsraad* 47
 - Het wetsontwerp ingetrokken* 49
 - Een nieuwe poging van de Bond tegen Vaccinedwang* 50
 - De Wet van 17 Juli 1911* 50
 - 3.2.2 Andere besmettelijke ziekten en de bestrijding van het besmettingsgevaar 51
 - Lepra* 51
 - Tuberculose* 52
 - Cholera* 53
 - Geslachtsziekten* 54
 - Quarantaine* 54
 - De Rijksontsmettingsdienst* 55
 - Ontsmetting van schepen* 55
 - Rijksziekenbarakken* 55

- Publieksvoorlichting* 56
- 3.2.3 Beroepsziekten 56
 - Mijnwormziekte* 56
 - Caissonziekte* 57
- 3.2.4 Uitoefening van de geneeskunde 57
 - Verloskunde* 57
 - Kwakzalverij* 58
- 3.2.5 Ethiek en recht 59
 - Het medisch ambtsgeheim* 60
- 3.2.6 Levens- en genotmiddelen 61
 - Voedingshygiëne* 61
 - Suiker of sacharine?* 62
 - Roken* 62
 - Opium* 63
- 3.2.7 Leefomstandigheden 63
 - Volkshuisvesting* 63
 - Drinkwater* 64
- 3.2.8 De gezondheid van bodem, water en lucht 64
 - De biologische zuiveringsmethode* 65
 - Stofplaat* 66
- 3.2.9 De Eerste Wereldoorlog 67
 - De invloed van de oorlog op de gezondheidstoestand* 67
 - Geneesmiddelen* 69
 - Besmettelijke ziekten* 69

4 BLOEI TEGEN DE VERDRUKKING IN: 1920-1940

- 4.1 DE ORGANISATIE 71
 - 4.1.1 Nicolaas Marinus Josephus Jitta 71
 - 4.1.2 Samenstelling en installatievergadering 71
 - 4.1.3 Huisvesting 72
 - 4.1.4 Werkwijze 73
 - 4.1.5 Secretariaat 74
 - 4.1.6 Bezuinigingen 74
 - 4.1.7 De benoeming van de opvolger 76
 - 4.1.8 Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en het particulier initiatief 76
- 4.2 DE ADVIEZEN 77
 - 4.2.1 Pokken en de totstandkoming van de Inentingswet 77
 - Discussies over een nieuwe Epidemiewet* 78
 - Opschorting van de vaccinatiebepalingen* 80
 - De Epidemiewet haalt het Staatsblad* 83
 - De periode 1928-1932* 83
 - De minderheidsnota van Terburgh* 85
 - Het voorstel van minister Slingenberg* 87
 - De Staatscommissie inzake de vaccinatie* 88
 - 4.2.2 Andere besmettelijke ziekten 90
 - Tuberculose* 90
 - Geslachtsziekten* 91
 - Difterie* 92
 - Sera en vaccins* 93
 - 4.2.3 Niet-besmettelijke ziekten 94
 - Krop* 94
 - 4.2.4 Uitoefening van de geneeskunde 95
 - Verloskunde* 95

	<i>Heilgymnasten, masseurs en opticiens</i>	96
	<i>Hypnotische seances</i>	97
	<i>De opleiding tot hygiënist</i>	98
4.2.5	Ethiek en recht	99
	<i>Het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk</i>	100
	<i>Het nieuw-malthusianisme</i>	102
4.2.6	Levens- en genotmiddelen	102
	<i>Samenstelling van het voedselpakket</i>	102
	<i>Ondervoeding in Nederland?</i>	103
	<i>Roken</i>	104
4.2.7	Leefomstandigheden	104
	<i>Volkshuisvesting</i>	104
	<i>Drinkwater</i>	104
4.2.8	De gezondheid van bodem, water en lucht	105
4.2.9	Risico's van menselijke activiteiten	106
	<i>Straling</i>	106
4.2.10	Internationale gezondheidszaken	107
	<i>Het quarantainestation te Kamaran</i>	107
	<i>Internationale gezondheidsorganisaties</i>	107

5 OORLOG: 1940-1945

5.1	DE BEZETTING	109
5.2	DE ORGANISATIE	110
5.2.1	Leendert Cornelis Kersbergen	110
5.2.2	Samenstelling	110
5.2.3	Secretariaat	111
5.2.4	Nieuwe verhoudingen	111
5.3	DE ADVIEZEN	112
5.3.1	Voorbereidingen	112
	<i>De geneesmiddelenvoorziening</i>	113
	<i>Vlektyfus</i>	113
5.3.2	Besmettelijke ziekten	113
	<i>Tuberculose</i>	114
5.3.3	Niet-besmettelijke ziekten	115
	<i>Krop</i>	116
	<i>Geestesziekten</i>	116
5.3.4	Uitoefening van de geneeskunde	118
	<i>Paramedische beroepen</i>	118
5.3.5	De Voedingsraad	118
	<i>Oprichting</i>	118
	<i>Doelstellingen en werkwijze</i>	118
	<i>Voedingsschema's</i>	119
	<i>Groepsvoeding</i>	119
	<i>Distributie van ziekenvoedsel</i>	120
	<i>Extra voedsel voor andere bevolkingsgroepen</i>	121
	<i>Samenstelling van brood</i>	121
	<i>Vitaminevoorziening</i>	122
	<i>De Voedingsraad op politiek terrein</i>	122
	<i>Voedingstoestand</i>	123
	<i>Het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad</i>	123
	<i>De Voedingsraad in het bevrijde zuiden</i>	124
	<i>Hongerwinter</i>	124

6 IMPASSE: 1945-1955

6.1 DE ORGANISATIE 125

6.1.1 De Gezondheidswet van 1956 125

6.1.2 Het voorzitterschap 126

6.1.3 Samenstelling 127

6.1.4 Secretariaat 128

6.2 DE ADVIEZEN 128

6.2.1 Pokkenvaccinatie opnieuw in beeld 129

De jaren 1945-1950 129

De pokkenepidemie in Tilburg 130

De TNO-commissie 130

De Wet Immunisatie Militairen 131

Antivaccinia-gammaglobuline 133

6.2.2 Andere besmettelijke ziekten 133

Tuberculose 134

6.2.3 Uitoefening van de geneeskunde 134

Paramedische beroepen 135

Hypnotische seances en occultisme 135

De opleiding tot hygiënist 135

Sociale geneeskunde 135

Vivisectievrije geneeskunde 136

De Samuels-therapie 136

6.2.4 Ethiek en recht 137

Hoornvliestransplantatie 137

7 GROEI: 1955-1966

7.1 DE ORGANISATIE 139

7.1.1 Jan Wester 139

7.1.2 Werkwijze 140

7.1.3 Secretariaat 140

7.1.4 De Volksgezondheidsnota 141

7.1.5 De benoeming van de opvolger 141

7.2 DE ADVIEZEN 143

7.2.1 Pokken en de verdeeldheid in de medische wetenschap 143

Hervatting van de werkzaamheden 143

De Inentingswet ter discussie 144

Onderzoek naar optimalisering van het vaccin 145

7.2.2 Andere besmettelijke ziekten 146

Tuberculose 146

Polio 149

7.2.3 Niet-besmettelijke ziekten 154

Krop 154

Cariës 154

Kanker 156

7.2.4 Ethiek en recht 157

Kunstmatige inseminatie 157

Transseksualiteit 160

7.2.5 Risico's van menselijke activiteiten 161

Straling 161

Toxicologie 162

7.2.6 De Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken 162

8 VERBREIDING VAN HET DRAAGVLAK: 1966-1985

8.1 DE ORGANISATIE TOT 1 MEI 1983	164
8.1.1 Albert Jean Charles Haex	164
8.1.2 Buitengewoon verlof	164
8.1.3 Huisvesting	165
8.1.4 Werkwijze	165
8.1.5 Secretariaat	167
8.1.6 De relatie met de overheid	170
8.1.7 De benoeming van de opvolger	171
8.2 DE ORGANISATIE NA 1983	172
8.2.1 Lodewijk Benedictus Joannes Stuyt	172
8.2.2 Werkwijze	173
8.2.3 Secretariaat	174
8.2.4 De benoeming van de opvolger	174
8.3 DE ADVIEZEN	175
8.3.1 De uitroeiing van de pokken	175
<i>Het advies-Goslings</i>	175
<i>Complicaties</i>	176
<i>Intrekking van de Inentingswet</i>	177
8.3.2 Andere besmettelijke ziekten	177
<i>Polio</i>	178
<i>Sera en vaccins</i>	180
<i>Het Rijksvaccinatieprogramma en de inenting tegen influenza</i>	180
<i>AIDS</i>	181
8.3.3 Niet-besmettelijke ziekten	181
<i>Krop</i>	181
<i>Cariës</i>	182
<i>Kanker</i>	183
<i>Hart- en vaatziekten</i>	185
<i>Nierziekten</i>	186
<i>Verkeersongevallen</i>	187
8.3.4 Ethiek en recht	187
<i>Methoden van kunstmatige bevruchting</i>	187
<i>Transseksualiteit</i>	188
<i>Homoseksuele relaties met minderjarigen</i>	190
<i>Euthanasie</i>	190
<i>Abortus provocatus</i>	194
<i>Wetenschappelijk onderzoek met weefsel van foetussen</i>	194
<i>Transplantatie</i>	195
8.3.5 Planning van voorzieningen	196
8.3.6 Risico's van menselijke activiteiten	198
<i>Straling</i>	198
<i>Toxicologie</i>	199

9 EVALUATIE

9.1 INLEIDING	200
9.2 VOORGESCHIEDENIS	200
9.3 ADVISEREN EN BESTUREN: 1902-1920	201
9.4 BLOEI TEGEN DE VERDRUKKING IN: 1920-1940	205
9.5 OORLOG: 1940-1945	209
9.6 IMPASSE: 1945-1955	210
9.7 GROEI: 1955-1966	212
9.8 VERBREDING VAN HET DRAAGVLAK: 1966-1985	215

10 DE GEZONDHEIDSRAAD IN PERSPECTIEF

10.1 ONTWIKKELING VAN TAAK, POSITIE EN WERKPROGRAMMA 219

10.2 STAND VAN DE WETENSCHAP 222

10.3 INVLOED EN AANZIEN 224

10.4 ZONDER VERGELIJK IN BINNEN- EN BUITENLAND 226

SUMMARY 228

BIJLAGEN

I PERSONALIA (CENTRALE) GEZONDHEIDSRAAD 1902-1992 231

II BEWINDSLIEDEN EN DIRECTEUREN-GENERAAL BELAST MET HET
VOLKSGEZONDHEIDSBELEID 239

III ADVIEZEN (CENTRALE) GEZONDHEIDSRAAD 1902-1992 241

NOTEN 279

BRONNEN EN LITERATUUR 334

CURRICULUM VITAE 347

WOORD VOORAF

De eerste plannen voor dit boek dateren uit het najaar van 1987, toen de Gezondheidsraad besloot zijn geschiedenis voor het nageslacht vast te leggen. Ruim een half jaar later ging ik aan boord van het schip 'de Gezondheidsraad' en zette koers richting het jaar 1902, het beginpunt van de geschiedenis van de Raad. De reis voer over onbekende en soms ook onstuimige zeeën. Toen vier jaar later de eindbestemming in zicht kwam, dreigde mouterij en zelfs piraterij. Voor het feit dat geen schipbreuk werd geleden, is de gezagvoerder een groot aantal personen en instellingen dank verschuldigd.

Allereerst de Gezondheidsraad, die zich, geheel in lijn met zijn wetenschappelijke taak, op het standpunt stelde dat de precieze invulling van het project een zaak was van de uitvoerder en niet van de opdrachtgever. De Raad leverde daarnaast het noodzakelijke proviand om de reis te overleven. In dit verband moet ook de Stichting Historia Medicinae worden genoemd.

Het kompas waarop ik zeilde, was mijn promotor prof. dr. M.J. van Lieburg, die er voor zorgde dat ik binnen de muren van de Medisch-Historische Instituten van de Erasmus Universiteit en de Vrije Universiteit stimulerende thuishavens vond voor mijn onderzoek. Hij begeleidde mij op mijn eerste reis door de wereld van de geschiedenis der geneeskunde en hamerde er bij voortduring op dat niet alleen het scheepsjournaal, maar ook de daaruit te trekken conclusies op schrift moesten worden gesteld. Voorts maakte hij mij wegwijs in het bedienen van het instrumentarium en blonk hij uit in het omzeilen van klippen. Ik ben hem zeer erkentelijk dat hij vertrouwen bleef stellen in mijn werk.

Als radar van het schip trad Henk Rigter op. Hij gaf tal van aanbevelingen voor nader onderzoek, controleerde het manuscript tot op de laatste komma en was de steun en toeverlaat in moeilijke ogenblikken. Om persoonlijke redenen moest op het laatste moment van een formalisering van zijn begeleidende rol worden afgezien.

Onmisbaar was de steun van enkele oudgedienden van de Raad. In dit verband moeten genoemd worden prof. dr. A.J.Ch. Haex, dr. L.B.J. Stuyt, mr. H.J. de Roy van Zuydewijn en mw. A. Wusten-Overdorp.

Zonder matrozen vaart geen schip wel. Mijn dank gaat vooral uit naar hen die honderden meters archiefmateriaal uit het ruim haalden en behulpzaam waren bij het ordenen van de stukken.

Dat de beste stuurman aan wal staan, bleek ook nu. Henk van Zon, Annemarie de Knecht-van Eekelen, Eddy Houwaart en Pieter Bol hebben het manuscript of delen daarvan gelezen en van commentaar voorzien. Hun kanttekeningen hebben de kwaliteit van het boek vergroot. Verder hebben Anneke Ham, Jos van Heel en Hilary Marland verschillende hand- en spandiensten verricht. De samenwerking met Peter Verhoef, de directeur van uitgever Erasmus Publishing, was meer dan voortreffelijk. Bovenal ben ik Ineke, Maaïke en Jurriaan dank verschuldigd, die door hun engelengeduld de totstandkoming van dit boek mogelijk maakten.

Helaas kunnen mijn moeder en mijn schoonvader de afronding van deze studie niet meemaken. Aan hen draag ik dit boek op.

Amsterdam, 25 juli 1992

1 INLEIDING

1.1 ONDERWERP

In de jaren negentig van de negentiende eeuw verschenen de radicaal-hygiënisten op het toneel van het volksgezondheidsbeleid. Zij streefden naar uitbreiding van medisch-hygiënische voorzieningen en versterking van het sinds 1865 bestaande Geneeskundig Staatstoezicht en zij zagen, anders dan de groep van hygiënisten die enkele decennia eerder actief was,¹ daarbij een belangrijke rol voor de staat weggelegd. Hun opvattingen sloten aan bij die van de links-liberalen, die het politieke krachtenveld toentertijd domineerden. De links-liberale minister van Binnenlandse Zaken H. Goeman Borgesius loodste in 1901 een Gezondheidswet door het parlement, die onder meer de instelling van een Centrale Gezondheidsraad regelde. Dit college, geïnstalleerd op 1 augustus 1902, moest leiding geven aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en als adviescollege van de regering optreden.

De huidige Gezondheidsraad is een afstammeling van de Centrale Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad is een vast college van advies voor de regering, dat zijn wettelijke grondslag vindt in de Gezondheidswet van 1956. Zijn taak is 'Onze Ministers voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid'.² Hieronder wordt in de praktijk ook de milieuhygiëne begrepen. De Raad moet niet worden gezien als een onderzoeksinstituut waar men nieuwe ontdekkingen doet. Veeleer kan men het college beschouwen als een wetenschappelijk stuwmeer, waarin uit vele richtingen deskundigheid samenstroomt om vast te stellen welk standpunt op een gebied van de volksgezondheid en de milieuhygiëne op grond van de stand van de wetenschap het meeste aanspraak op geldigheid kan maken.³ Uiteraard hoeft de regering het wetenschappelijk advies niet over te nemen. Ook niet-wetenschappelijke overwegingen kunnen immers een rol in de besluitvorming spelen.

De leden van de Gezondheidsraad worden benoemd op grond van hun wetenschappelijke deskundigheid. Zij behoren niemand anders te vertegenwoordigen dan zichzelf.⁴ De in 1958 ingestelde Centrale Raad voor de Volksgezondheid was heel anders samengesteld. De meeste leden daarvan werden benoemd door openbare diensten en organisaties. Dit lichaam moet men daarom als een 'maatschappelijk adviesorgaan' typeren.⁵ Dit geldt ook voor zijn opvolger, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die in 1982 werd opgericht. Ook op het vlak van de milieuhygiëne bestaat er een maatschappelijk adviesorgaan, namelijk de in 1974 geformeerde Voorlopige Centrale Raad voor de Milieuhygiëne, die in 1981 een definitieve status kreeg.

De Gezondheidsraad is in zoverre geen 'raad', dat hij nooit plenair bijeenkomt. De adviesaanvragen, die in thematiek sterk uiteenlopen en voor de beantwoording waarvan steeds weer andere deskundigheid vereist is, zijn niet geschikt om behandeld te worden in de omvangrijke Raad.⁶ Het werkelijke hart van de Raad wordt gevormd door commissies, waar die kennis en deskundigheid worden samengebracht die voor het tot stand brengen van een verantwoord advies noodzakelijk zijn. In eerste instantie worden de commissieleden gekozen uit het ledenbestand van de Raad. Door de toegenomen specialisatie in de wetenschap levert dit niet genoeg deskundigheid op. Daarom worden ook deskundigen die geen lid van de Gezondheidsraad zijn, gevraagd aan het commissiewerk deel te nemen.

De Gezondheidswet van 1956 sluit uit dat de regering, als opdrachtgever van de Raad, invloed uitoefent op de samenstelling van de commissies. Deze scheiding in verantwoordelijkheden vormt de basis voor de onafhankelijkheid van het college. Als de regering de mogelijkheid zou hebben de samenstelling van de commissies te bepalen, kunnen ook andere dan wetenschappelijke overwegingen een rol spelen bij het kiezen van de commissieleden. Een zuivere taxatie van de stand van wetenschap zou hierdoor in het gedrang kunnen komen.

De voorzitter van de Raad biedt de adviezen aan de betrokken bewindslieden aan. Mocht hij bezwaren tegen de inhoud van een advies hebben, dan kan hij deze kenbaar maken. Deze bevoegdheid brengt met zich mee dat de voorzitter van de Gezondheidsraad over alle uitgebrachte adviezen moet kunnen oordelen. Omdat ook het samenstellen en instellen van de commissies voorbehouden zijn aan de voorzitter, spreekt het voor zich dat op zijn schouders een zware taak rust.

1.2 VRAAGSTELLING

Het zojuist geschetste profiel van de huidige Gezondheidsraad ziet er heel anders uit dan dat van zijn voorganger aan het begin van deze eeuw. Deze studie heeft tot doel de ontwikkelingsgang van het college te beschrijven, en waar mogelijk ook te verklaren.

Daarvoor is allereerst inzicht nodig in de motieven van de regering om in 1902 de Centrale Gezondheidsraad in te stellen. De regering beseftte rond de eeuwwisseling dat zij op het gebied van de volksgezondheid niet langer afzijdig kon blijven. Zij koos, om het beleid vorm te geven, voor de instelling van een zelfstandig college, de Centrale Gezondheidsraad. De eerste vraag die in deze studie aan de orde komt, luidt dan ook: *Waarom opteerde de regering voor instelling van de Centrale Gezondheidsraad en niet voor een andere aanpak om het volksgezondheidsbeleid gestalte te geven?*

De Centrale Gezondheidsraad werd een zelfstandig bestuursorgaan, belast met de leiding van het Staatstoezicht, en bovendien adviesorgaan, met als opdracht zich te buigen over vraagstukken op het vlak van de volksgezondheid in de meest ruime zin. Het woord 'daad' in de titel van dit boek slaat in het bijzonder op het uitvoerende werk dat het college in deze periode moest verrichten. Zijn opvolger de Gezondheidsraad, ingesteld bij de Gezondheidswet van 1919, kreeg een beperktere taak: alléén het adviseren van de regering. Dat roept de volgende vraag op: *Wat bracht de regering ertoe de taak van de Gezondheidsraad te beperken tot advisering?*

Het feit dat besturen en adviseren niet goed samengaan, enerzijds omdat voor het eerste een andere instelling en andere vaardigheden vereist zijn dan voor het tweede, en anderzijds vanwege het gevaar van verstrengeling van belangen, lijkt een voor de hand liggende verklaring te bieden, maar we zullen zien dat het zo eenvoudig niet lag.

De adviestaak van de nieuwe Raad bleef na 1919 alomvattend: het college werd ingeschakeld in alle fasen van de beleidscyclus: beleidsvoorbereiding, -vorming en -uitvoering. Gaandeweg in deze eeuw heeft er zich een differentiatie tussen adviesorganen voltrokken wat de wijze van samenstelling betreft, met colleges van deskundigen aan de ene kant van het spectrum en colleges van vertegenwoordigers aan de andere kant.⁷ De eersten worden op persoonlijke titel benoemd, de laatsten representeren een professionele of maatschappelijke organisatie. De Gezondheidswet van 1919 bracht deze scheiding nog niet aan; de Gezondheidsraad was een gemengd adviesorgaan met een combinatie van wetenschappelijke en maatschappelijke vertegenwoordigers. Daarentegen limiteerde de Gezondheidswet van 1956 de taak van de Raad tot advisering over de stand van wetenschap. De Gezondheidsraad werd geleidelijk een college van deskundigen, zich richtend op de beleidsvoorbereiding vanuit wetenschappelijk oogpunt. Een volgende vraag sluit daarbij aan: *Wat bewoog de regering de adviestaak van de Gezondheidsraad in te perken tot wetenschappelijke kwesties?*

Ook hier valt vooraf wel een vermoeden te formuleren. Wetenschappers speelden voordien al de eerste viool in commissies van het college. Het is ook voor hen verleidelijk de grenzen van het eigen territorium te overschrijden als men de kans krijgt het beleid in Nederland te bepalen. De voor de hand liggende hypothese is dan ook dat de regering dacht: 'schoenmaker, blijf bij je leest'. Het zal blijken dat ook deze veronderstelling niet klopt; de Gezondheidsraad hoefde niet te worden teruggefloten.

De tot nu toe geformuleerde vragen hebben ieder voor zich betrekking op een bepaalde episode uit de geschiedenis van de Gezondheidsraad. Los van een bepaald tijdperk laat zich de algemene vraag stellen: *Had de (Centrale) Gezondheidsraad invloed op het overheidsbeleid?*

Men kan aannemen dat die invloed wezenlijk was. Immers, het is onwaarschijnlijk dat de regering de Gezondheidsraad negentig jaar had laten bestaan als zij de adviezen in de regel niet op prijs had gesteld. Hierbij past echter wel een kanttekening. Een adviesorgaan kan voor de regering nog andere diensten hebben. Als 'bijkomende' functies van een adviesorgaan kan men onderscheiden:

- parkeerplaats. Als de regering met een bepaald vraagstuk geen raad weet en beslissingen ter zake wil uitstellen, kan zij het onderwerp 'parkeren' bij een adviesorgaan.

- **legitimering.** Voorstelbaar is dat de regering al weet wat zij wil, maar advies vraagt om voor het eigen standpunt steun te krijgen. Dit werkt natuurlijk alleen als het adviesorgaan het spel 'meespeelt'.
- **binding.** De regering kan advies vragen in een poging professionele en maatschappelijke organisaties, die direct of indirect in het betrokken adviesorgaan vertegenwoordigd zijn, te committeren aan het te voeren beleid.⁸

Deze bijkomende functies zijn de Gezondheidsraad en zijn voorganger niet vreemd geweest, maar deze studie zal aantonen dat de adviesfunctie (de regering weet niet wat te denken van een bepaalde zaak en vraagt advies) voorop heeft gestaan.

Het voorgaande betrof vragen over de verwachtingen die de regering koesterde van adviesorganen op het vlak van de volksgezondheid in het algemeen, en van de (Centrale) Gezondheidsraad in het bijzonder. Men kan zich ook het omgekeerde afvragen: *Welke verwachtingen leefden er bij de (Centrale) Gezondheidsraad over het door de regering te voeren volksgezondheidsbeleid?*

Nu kan al gesteld worden dat de Raad van de regering een actief beleid verwachtte: niet afzijdig blijven maar normerend of anderszins regelend optreden. Boeiend in de negentigjarige geschiedenis is te zien hoe de verwachtingen over en weer nu eens uiteenliepen en dan weer met elkaar spoorden. Dat wordt in dit boek mede geïllustreerd aan de hand van het thema 'dwang/drang'. 'Dwang', zoals hier bedoeld, is absoluut: het individu kan er zich niet aan onttrekken. 'Drang' veronderstelt een zachtere hand, maar heeft dezelfde intentie: de burger aan te zetten tot het volgen of nalaten van bepaald gedrag. In de geschiedenis van de Gezondheidsraad figureert ook het begrip 'indirecte' (of zijdelingse) dwang. Indirecte dwang ligt tussen dwang en drang in: er wordt opgetreden met harde hand, maar er valt wel aan te ontsnappen.

De termen 'dwang' en 'drang' worden in deze studie gehanteerd in beperkte zin. Het gaat niet om de een ieder opgelegde plicht belasting te betalen en sociale premies af te dragen, maar om de vraag in hoeverre de overheid inbreuk op de integriteit van het lichaam van haar burgers mag maken. Die inbreuk valt alleen te rechtvaardigen met een beroep op het algemeen belang, in dit geval het belang van de volksgezondheid. Medische wetenschappers hebben in de regel oog voor dat algemene belang, en verlangen daarom wellicht dat de overheid strengere maatregelen neemt dan deze zelf bereid is te treffen. In dit boek komt aan de orde of dat, wat de Gezondheidsraad betreft, inderdaad het geval is geweest.

Los van de interactie tussen regering en Gezondheidsraad in algemene zin is er de vraag naar thematiek: *Met welke onderwerpen hield de (Centrale) Gezondheidsraad zich in de loop van de jaren bezig? Wie bepaalde dat de Raad die onderwerpen in behandeling nam? Was dat louter de adviesvragende regering, of had ook de Raad zelf invloed op de inhoud van zijn werkprogramma?*

Duidelijk zal worden dat de Raad, zoals elke institutie, strategisch gedrag tentoonspreidde. De Gezondheidsraad was geen passieve brievenbus waarin de regering adviesvragen deponeerde, maar hij koos keer op keer een eigen positie op het speelveld van het volksgezondheidsbeleid. Hij deed dat door doeltreffend gebruik te maken van twee in de wet gegeven bijzonderheden: een centrale positie voor enerzijds de voorzitter en anderzijds commissies van de Raad. Interne organisatie en werkwijze werden overigens, binnen de grenzen van de wettelijke mogelijkheden, aangepast aan de eisen van de tijd en de visies van de respectieve voorzitters. Een belangrijke vraag is derhalve: *Hoe ontwikkelden zich de interne organisatie en de werkwijze van de Gezondheidsraad en wat was daarop de invloed van de onderscheiden voorzitters?*

Contemporaine geschiedschrijving is voor de historicus zeker geen verboden gebied. Desondanks is er voor gekozen de studie af te sluiten bij 1 december 1985, toen de zittende leiding van de Gezondheidsraad aantrad. Wel worden in het laatste hoofdstuk enkele lijnen doorgetrokken naar het heden.

Tot aan genoemde datum bracht de (Centrale) Gezondheidsraad minstens 1467 adviezen uit.⁹ In dit boek zijn omvangrijke beperkingen opgelegd bij het kiezen uit de talloze onderwerpen waarover de Raad zich in de loop der tijd heeft uitgelaten, en nog zou de lezer door de resterende bomen het zicht op het uiterst uitgedunde bos kunnen verliezen. Daarom is besloten één onderwerp met meer diepgang te behandelen dan de andere, namelijk 'pokkenvaccinatie'. Deze keuze berust op praktische gronden. Zo was

het betreffende thema van betekenis in bijna alle episoden van de hier beschreven geschiedenis. Daarmee vormt het een natuurlijke rode draad die door de hoofdstukken heen loopt.

Om een vertekening van het perspectief te voorkomen, zullen, behalve het hoofdonderwerp, ook tal van andere onderwerpen de revue passeren. Niettemin blijft de mogelijkheid van selectiviteit spelen; vele honderden adviezen van de Raad blijven buiten beschouwing of worden onderbelicht.¹⁰ Bestudering van de onbesproken adviezen leert echter dat de gekozen thema's representatief zijn voor het totaal.

Tot slot van deze paragraaf twee andere opmerkingen over de afbakening van het onderzoek. In de eerste plaats treft de lezer in dit boek geen uitvoerig overzicht van de geschiedenis van de gezondheidszorg in de twintigste eeuw aan. Voor zover mogelijk worden de activiteiten van de Gezondheidsraad wel in het licht van die historie geplaatst. Maar daarmee is de bedoelde geschiedenis uiteraard niet uitgebreid beschreven, al was het alleen maar omdat de Raad, ondanks zijn brede actieradius, aan sommige sectoren van gezondheidszorg, bijvoorbeeld de geestelijke volksgezondheid, niet of nauwelijks aandacht heeft besteed. In de tweede plaats: er komen onderwerpen aan bod waarvan geen 'afloop' wordt vermeld. De reden is dat het college zijn blik op een gegeven ogenblik niet langer op het besproken vraagstuk richtte. Om de samenhang van het betoog te bevorderen is er in het algemeen echter voor gekozen thema's te behandelen waarover de Raad zich in meer dan één episode heeft gebogen.

Een laatste beperking van deze studie betreft het feit dat de situatie in het buitenland grotendeels onbesproken blijft. Alleen in het slothoofdstuk komt de vraag aan de orde of in het buitenland vergelijkbare instituties als de (Centrale) Gezondheidsraad (hebben) bestaan. Een uitvoerig comparatieve analyse zal een studie op zich zijn.

1.3 OPBOUW EN LEESWIJZER

Dit boek bevat tien hoofdstukken. Hoofdstukken twee tot en met acht beschrijven de feiten uit opeenvolgende episoden van de geschiedenis van de (Centrale) Gezondheidsraad. Hoofdstuk negen geeft voor elk van de beschrijvende hoofdstukken een samenvatting op kernpunten plus commentaar. De lezer die eerst van alle feiten kennis wil nemen, moet de volgorde van de hoofdstukken aanhouden. Wie daarentegen na het bestuderen van een episode het bijpassende commentaar wil lezen, kan de desbetreffende sectie van hoofdstuk negen opslaan. In hoofdstuk tien vervalt de indeling in episoden en passeren de belangrijkste conclusies de revue.

In hoofdstuk twee komt de ontstaansgeschiedenis van de Centrale Gezondheidsraad aan bod. Aandacht wordt besteed aan de overheidsbemoeienis met de volksgezondheid in vroeger eeuwen, met als belangrijke richtpunten de Geneeskundige Staatsregelingen van 1818 en 1865. Tegen de achtergrond van het reilen en zeilen van het Geneeskundig Staatstoezicht (1865-1902) wordt de opkomst beschreven van de groep van radicaal-hygiënist, die pleitte voor uitbreiding van het aantal medisch-hygiënische voorzieningen en verbetering van de woonomstandigheden. Deze deskundigen, met als belangrijkste woordvoeder W.P. Ruysch, wisten zich gesteund door de links-liberalen, die in de jaren 1891-1901 de regeringsmacht in handen hadden. Het resultaat van hun overleg was de Gezondheidswet van 1901, die de vorming regelde van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, dat bestond uit (hoofd)inspecteurs, gezondheidscommissies en, als leidinggevend orgaan, de Centrale Gezondheidsraad. Laatstgenoemd college moest bovendien de regering adviseren over het te voeren volksgezondheidsbeleid.

Hoofdstuk drie behandelt de lotgevallen van de Centrale Gezondheidsraad (1902-1920). Dit college werd verlamd door interne conflicten en kon op weinig steun van de rijksoverheid rekenen. Zo werd het hem toegezegde laboratorium, dat in 1909 van de grond kwam, een onafhankelijk instituut. Spoedig stond de positie van de Raad ter discussie. Uiteindelijk werd de Centrale Gezondheidsraad in de Gezondheidswet van 1919 omgevormd tot de Gezondheidsraad, die louter een adviserende taak kreeg.

De agenda van de Centrale Gezondheidsraad werd, behalve met bestuurlijke zaken, ook gevuld met adviesonderwerpen, waarvan 'preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten' het hoofdbestanddeel vormden. Onder die noemer viel ook het thema 'pokkenvaccinatie'. Wat dit laatste betreft, discussieerde de Raad in deze periode over de vraag of de indirecte vaccinatieplicht, vastgelegd in de Epidemiewet van

1872, moest worden gehandhaafd. Deze plicht hield in dat niet-ingeënte kinderen geen scholen mochten bezoeken. Op advies van de Centrale Gezondheidsraad bleef deze regeling in de eerste twee decennia van deze eeuw van kracht, behalve voor personen die om medische redenen niet konden worden ingeënt.

Het vierde hoofdstuk beslaat de periode 1920-1940, waarin de Gezondheidsraad onder voorzitterschap stond van N.M. Josephus Jitta. Onder zijn leiding kreeg de huidige Gezondheidsraad vorm, met dit verschil dat het college toen nog geacht werd, op grond van de wet van 1919, niet alleen te adviseren over wetenschappelijke maar ook over allerlei andere vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. Jitta maakte van de Raad een college van formaat, maar toen hij de Raad in 1940 op 81-jarige leeftijd verliet, was verval ingetreden. Oorzaak was dat de regering in de jaren dertig fors op de Raad bezuinigde.

De thema's 'preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten' en 'uitoefening van de geneeskunde' domineerden de agenda van de Gezondheidsraad in het interbellum. Beide categorieën onderwerpen komen uitgebreid aan de orde. Een spraakmakende zaak betrof wederom het al dan niet handhaven van de indirecte vaccinatieplicht. Toen tientallen kinderen overleden aan encefalitis postvaccinalis, een hersenontsteking die ontstond na pokkenvaccinatie, zag de regering zich in 1928 gedwongen de uit 1872 daterende regeling op te schorten. Uiteindelijk kwam in 1939 de Inentingswet tot stand, waardoor een stelsel van wettelijk geregelde individuele drang werd ingevoerd.

Hoofdstuk vijf is gewijd aan de geschiedenis van de Raad in de Tweede Wereldoorlog. Het adviescollege kon in deze jaren zijn werk in enigszins aangepaste vorm voortzetten, maar veel initiatieven nam het niet. Daarbij speelde een rol dat de Raad huiverig was de Duitse bezetters ter wille te zijn. Wel bijzonder actief was de in mei 1940 opgerichte Commissie inzake de voeding, die eraan bijdroeg dat de voedingstoestand van het Nederlandse volk niet al te zeer verslechterde.

Uit hoofdstuk zes, dat de ontwikkelingen in de periode 1945-1955 beschrijft, blijkt dat de Gezondheidsraad moeite had zich weer een gezaghebbende rol te verwerven. Het stelsel van de gezondheidszorg was aan vernieuwing toe, wat de noodzaak van maatschappelijke advisering en de inschakeling van vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties versterkte. De regering legde bepaalde vraagstukken in toenemende mate aan de in 1945 gevormde Centrale Commissie voor de Volksgezondheid voor. De taak van de Gezondheidsraad werd beperkt tot wetenschappelijke advisering. Deze limitering van het adviesterrein kreeg formeel haar beslag in de Gezondheidswet van 1956. De Centrale Commissie werd krachtens deze wet omgevormd tot de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

De pokkenvaccinatie keerde na afloop van de Tweede Wereldoorlog in het werkprogramma van de Gezondheidsraad terug. Vooral de pokkenepidemie in Tilburg in 1951 trok de aandacht. Tot wijziging van het beleid van de regering zou het in deze jaren niet komen, conform de adviezen van de Raad.

Hoofdstuk zeven behandelt het tijdvak 1955-1966, toen de Raad de magere jaren afsloot. Voorzitter J. Wester bracht de Raad met financiële steun van de regering tot bloei. Het personeelsbestand van het secretariaat werd vervijfvoudigd en het adviesterrein verbreed.

Belangrijke onderwerpen waarover de Raad zich toen uitsprak waren de organisatie van de tuberculosebestrijding, poliovaccinatie, drinkwaterfluoridering, enkele medisch-ethische zaken, statistiek en stralingshygiëne.

Hoofdstuk acht geeft een overzicht van de ontwikkelingen vanaf 15 november 1966, het beginpunt van de ambtsperiode van A.J.Ch. Haex, tot 1 december 1985, het moment dat de huidige leiding aantrad. Een stormachtige periode, die werd gekenmerkt door gedeeltelijk geslaagde pogingen de werkwijze en de organisatie van de Raad en zijn secretariaat verder te professionaliseren.

De vorderingen in de medische wetenschap stelden de regering voor vragen en zij wendde zich grif tot de Gezondheidsraad. De onderwerpen die de Raad in studie nam waren zeer gevarieerd. Het hoofdstuk gaat in op enkele in het oog springende thema's: 'welvaartsziekten', medische ethiek, toxicologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen.

Na dit descriptieve deel wordt in hoofdstuk negen per episode commentaar geleverd op de gepresenteerde feiten. Uitgangspunt daarbij vormen de hierboven geformuleerde vragen. Tot slot worden in hoofdstuk

tien enkele typerende lijnen uit de geschiedenis van de Gezondheidsraad herhaald en doorgetrokken naar het heden. Deze slotbeschouwing bevat ook een korte schets van de adviesstructuur in sommige andere landen.

1.4 BRONNEN

Van de organisaties die bijdragen, of bijgedragen hebben, aan het beleid van de rijksoverheid op het vlak van de volksgezondheid waren tot voor kort alleen het Staatstoezicht op de Volksgezondheid¹¹ en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid onderwerp van een historische studie.¹² Onlangs zag een gedenkboek over het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne het licht.¹³ Over de rol van de overheid op het gebied van de volksgezondheid hebben eerder P. Juffermans (1982) en J.B. Jaspers (1985) in hun dissertaties het nodige gezegd.¹⁴ De geschiedenis van de (Centrale) Gezondheidsraad is niet eerder bestudeerd. In enkele publikaties komt de Raad terloops ter sprake, zoals in het overzicht *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* van D. Cannegieter (1954) en de studie *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* van A. Querido (1965).

De basis voor het hier gerapporteerde onderzoek vormen de archiefstukken van de (Centrale) Gezondheidsraad, die in beheer zijn bij verschillende instanties. In de eerste plaats staan in de kelders van het Algemeen Rijksarchief ruim honderd dozen met stukken over de Centrale Gezondheidsraad. Dit *Archief Centrale Gezondheidsraad* is chronologisch gerangschikt, maar kent geen thematische ingang en is verre van volledig.

De meeste informatie over de Gezondheidsraad lag tot voor kort opgeslagen bij het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in Rijswijk. Wegens ruimtegebrek is dit archief onlangs overgeplaatst naar het Rijksarchief in de provincie Noord-Brabant, gevestigd in Den Bosch, dat al langer dienst deed als opslagruimte voor het meest recente materiaal van de Gezondheidsraad. Het gaat om meer dan duizend dozen, onderverdeeld in twee categorieën. Allereerst het zogenoemde *Archief Gezondheidsraad (oud)*, dat voornamelijk betrekking heeft op de periode 1920-1966, maar waarin ook documentatie over de Centrale Gezondheidsraad (1902-1920) valt terug te vinden. Op dit archief is een thematische ingang gemaakt, die echter volstrekt onbetrouwbaar is. Daarnaast beschikt het Rijksarchief in Den Bosch over het *Archief Gezondheidsraad (nieuw)*, dat als beginpunt 1966 kent. Dit archief is goed toegankelijk, omdat het per commissie geordend is. In Den Bosch kan men ook de naam- en zaakregisters en agendaboeken van de (Centrale) Gezondheidsraad inzien, die tot ongeveer 1960 werden bijgehouden. Tot slot bevinden zich daar ook de notulenboeken van de Centrale Gezondheidsraad, waarin de verslagen van de geheime vergaderingen echter niet zijn opgenomen. Deze verslagen zijn elders in de Bossche archiefruimten te vinden, namelijk in het al genoemde *Archief Gezondheidsraad (oud)*.

In de derde plaats is er ook op het kantoor van de Gezondheidsraad een archief, in dit boek aangeduid als *Archief Gezondheidsraad*. Dit bestaat voor het grootste deel uit stukken die betrekking hebben op lopende commissies van de Raad. Daarnaast zijn er ongenummerde stukken van uiteenlopende herkomst aanwezig.

Behalve van de genoemde archieven van de (Centrale) Gezondheidsraad is voor dit onderzoek ook gebruik gemaakt van andere archieven, waarvan aan het slot van dit boek een overzicht is opgenomen.

Andere geraadpleegde primaire bronnen zijn de jaarverslagen van de (Centrale) Gezondheidsraad, die alleen voor de jaren 1947-1956 niet zijn verschenen, en de door de Raad uitgebrachte periodieken. De jaarverslagen zijn opgenomen in het *Jaarverslag van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid* (tot 1921), de *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid* (tot 1974) en de *Verslagen, Adviezen en Rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne* (tot 1983). Vanaf 1983 geeft de Gezondheidsraad de jaarverslagen zelf, in rapportvorm, uit. De periodieken behelzen de door de Centrale Gezondheidsraad opgestelde *Berichten en Mededeelingen*, *Voorstellen en Verslagen* en het *Maandblad*. In deze gedrukte bronnen, te vinden in de bibliotheek van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in Zoetermeer, kan men adviezen, besluiten, agenda's en andere documenten van de Centrale Gezondheidsraad inzien. De Gezondheidsraad gaf alleen een nieuwsblad uit, *Mededeelingen* geheten, dat

wegens bezuinigingen in 1931 ophield te verschijnen. Pas vanaf 1986 werd door de uitgave van het blad *Graadmeter* weer geregeld informatie over de Gezondheidsraad verspreid.

Deze studie heeft onder meer tot doel na te gaan in hoeverre de (Centrale) Gezondheidsraad invloed op het beleid heeft uitgeoefend. Belangrijk onderzoeksmateriaal voor beantwoording van deze vraag zijn de *Handelingen der Staten-Generaal*, die voor alle besproken onderwerpen geraadpleegd zijn. Tot slot vormden medische tijdschriften en secundaire literatuur een bron van informatie, waardoor de adviezen die door de (Centrale) Gezondheidsraad in de loop van negen decennia zijn uitgebracht in een breder perspectief konden worden geplaatst.

2 VOORGESCHIEDENIS

Op grond van de Gezondheidswet van 1901 werd op 1 augustus 1902 de Centrale Gezondheidsraad opgericht. Dit orgaan kreeg de leiding over het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en werd een adviescollege van de regering. In dit hoofdstuk komt de voorgeschiedenis van de Centrale Gezondheidsraad aan de orde. De aandacht zal daarbij uitgaan naar de overheidsbemoeienis met de volksgezondheid vóór de twintigste eeuw. De Geneeskundige Staatsregeling van 1818 en de vorming van het Geneeskundig Staatstoezicht in 1865 passeren de revue. Vervolgens wordt de totstandkoming van de Gezondheidswet van 1901 beschreven. Nadruk krijgt de rol die de zogenoemde radicaal-hygiënist en de links-liberalen hebben gespeeld. Zij toonden zich in de jaren negentig van de vorige eeuw ontevreden over het volksgezondheidsbeleid in Nederland en gaven de beslissende stoot tot een nieuwe Gezondheidswet.

2.1 OVERHEIDSBEMOEIENIS MET DE VOLKSGEZONDHEID IN VROEGER EEUWEN

2.1.1 De periode tot 1795

In de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden lag het zwaartepunt van de politieke macht bij de gewestelijke en stedelijke overheid. Het centrale gezag (de staat) had weinig te betekenen, behalve op de terreinen van buitenlandse politiek en defensie. Het was uitgesloten dat landelijke bestuurders zich inlieten met vraagstukken die op de agenda van de lagere overheden prijken. Dit gold ook voor het volksgezondheidsbeleid.¹

De stedelijke autoriteiten troffen verschillende maatregelen om de gezondheid van de bevolking te beschermen. Zij vaardigden verordeningen uit tegen besmettelijke ziekten, stelden colleges van medici en apothekers in die moesten toezien op de uitoefening van de geneeskunst, en lieten voedingsmiddelen keuren. Ook de openbare hygiëne had de aandacht van de lokale bestuurders. De oudste ons bekende verordeningen op dit gebied zijn afkomstig uit Aardenburg en Oldenzaal en dateren van de eerste helft van de dertiende eeuw. Zij droegen de burgers op straten en goten schoon te maken en zij bevatten verboden om waterlopen te verontreinigen, vuilnis op straat te deponeren en varkens ongelimiteerd los te laten lopen. Deze en aanverwante voorschriften kregen in tal van steden navolging. Daarnaast werden in veel plaatsen bijzondere bepalingen afgekondigd vanwege de aanwezigheid van bijvoorbeeld brouwerijen, ververijen en leerlooierijen.

Met de reikwijdte en naleving van de hygiënische voorschriften was het vóór 1795 slecht gesteld. Veel verordeningen strekten niet verder dan de stedelijke jurisdictie. Bovendien ontbrak het aan een politieel apparaat dat zich met de controle van de bepalingen kon belasten en werd het gezondheidsbelang van de uitgevaardigde verordeningen onvoldoende ingezien. Belangrijk doel van de afgekondigde maatregelen was het begaanbaar houden van de wegen en het beschermen van de economische belangen van de burgerij.²

2.1.2 Het volksgezondheidsbeleid in de jaren 1795-1865

De Franse Revolutie van 1789 ging ook aan Nederland niet voorbij. In 1795 maakten de Bataafse revolutionairen, daarin gesteund door een Franse bezettingsmacht, een eind aan de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden. Zij schaften de gewestelijke soevereiniteit af en creëerden de Bataafse Republiek (1795-1806), waarin een sterk accent werd gelegd op centraal bestuur. Tijdens deze Republiek, het Koninkrijk Holland (1806-1810), en de inlijving bij Frankrijk (1810-1813) kreeg de moderne eenheidsstaat gestalte. Dit resulteerde in eenheid van staatsburgerschap, bestuur, beleid en rechtspraak. Na de Franse aftocht en de proclamatie van het Koninkrijk der Nederlanden in 1813 werden deze beginselen, die in verschillende wetten waren vastgelegd, door koning Willem I (1772-1843) bekrachtigd.

De Bataafse revolutionairen, onder wie een aantal geneeskundigen, vonden dat de centrale overheid zich moest bezighouden met zaken als onderwijs, armenzorg en volksgezondheid. Wat

volksgezondheid betreft, lieten zij zich inspireren door het na 1779 verschenen zesdelige werk *System einer vollständigen medicinischen Polizey* van de Oostenrijkse medicus Johan Peter Frank (1745-1821). Deze auteur spoorde gezagdragers aan op te treden om de gezondheid van de burgers te bevorderen. Hij besteedde aandacht aan de noodzaak van beteugeling van de 'voorttelingsdrift' en de kwakzalverij, aan zwangerschaps-, kraam-, kleuter- en kindercare, en aan openbare veiligheid, waaronder hij ook het zich weren tegen de gevaren van schadelijke en dodelijke dieren, en van toverij, water en vuur rekende. Verder hamerde Frank op het belang van propere, zonnige, ruime huizen, een goede stadsinrichting, gezonde voeding, en een schoon milieu, waarbij hij onveranderlijk een taak zag weggelegd voor de overheid. De door haar op te stellen richtlijnen moesten volgens Frank door medisch geschoolde ambtenaren worden bewaakt.³

De Bataafse revolutionairen probeerden in Nederland een volksgezondheidsbeleid te ontwikkelen aan de hand van onder andere de denkbeelden van Frank. Een van hun vele voorstellen betrof de instelling van een Commissie van Algemeene Gezondheit, ook wel Oppercollegium Medicum genoemd, een toezichthoudend orgaan dat ook de regering zou moeten adviseren over het te voeren beleid. De verwachtingen waren echter te hoog gespannen. De enkele ambtenaar die binnen het staatsapparaat beschikbaar was voor de sector volksgezondheid, was tot de vereiste krachtsinspanning niet in staat. De lege schatkist dwong de hervormers genoegen te nemen met de in 1804 tot stand gekomen Verordeningen omtrent het Geneeskundig Onderzoek en Toezicht binnen de Bataafsche Republiek.⁴

Deze eerste Geneeskundige Staatsregeling voor ons land, waaraan in 1806 enkele artikelen werden toegevoegd, bleef ook na de Franse heerschappij van kracht en kreeg in 1818 een praktisch identieke opvolger: de Wet van 12 Maart 1818 (*Stb.* 16).⁵ Krachtens deze wet en het daarbij behorende uitvoeringsbesluit⁶ werden door de Kroon provinciale⁷ en plaatselijke commissies van geneeskundig onderzoek en toezicht geïnstalleerd, die uit 'kundige en ervaren mannen in elk vak der Geneeskunde' bestonden. De commissieleden, allen vrijwilligers, hadden tot taak: het toezicht op de uitoefening van de geneeskunde, de zorg voor naleving van wetten en verordeningen op het gebied van de volksgezondheid, advisering van de plaatselijke en landelijke overheid, en de voorbereiding en uitvoering van maatregelen als besmettelijke ziekten de kop opstaken. De provinciale commissies, die minstens vier keer per jaar bijeen dienden te komen, moesten verder niet-academisch opgeleide beroepsbeoefenaren examineren, voorstellen doen voor de geneeskundige armenverzorging, en jaarlijks een verslag indienen bij de minister van Binnenlandse Zaken.⁸

De politieke opvattingen van de Bataafse revolutionairen leken weerklank te vinden in de centralistische opzet van de Geneeskundige Staatsregeling van 1818. De geneeskundige commissies stonden onder direct bevel van de minister. Zij vormden, samen met de op het departement werkzame commissarissen voor Geneeskundige Zaken, het Geneeskundig Staatsbestuur.⁹ Op het politieke slagveld vonden de Bataafse revolutionairen echter hun Waterloo. De praktijk wees uit dat ook na 1818 'volksgezondheid' tot het domein van de lokale autoriteiten bleef behoren. De wetgever verwachtte dat de gemeentebesturen - onverplicht - hun oor te luisteren zouden leggen bij de geneeskundige commissies en, waar nodig, maatregelen treffen voor de bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Dit bleek een vrome wens. Uit desinteresse, gebrek aan geld en bij ontstentenis van wettelijke verplichtingen veronachtzaamden de gemeenten de volksgezondheid. De epidemieën van besmettelijke ziekten wisten bij uitzondering de plaatselijke bestuurders tot enige activiteit te bewegen.¹⁰

In 1851 trachtte de minister van Binnenlandse Zaken, J.R. Thorbecke (1798-1872),¹¹ het tij te doen keren. In de Gemeentewet die in dat jaar werd afgekondigd droeg hij de zorg voor de openbare orde, zedelijkheid en gezondheid op aan de gemeenteraad (art. 135). Verder stelde hij de publieke gezondheidsdienst onder toezicht van burgemeester en wethouders (art. 179) en verplichtte hij de gemeentebesturen de kosten van de plaatselijke gezondheidsdienst op de begroting te plaatsen (art. 205).¹² De minister slaagde evenwel niet in zijn opzet de bakens te verzetten. Ook na invoering van de Gemeentewet bleven de lokale autoriteiten onwillig de vaak alarmerende rapportages van de geneeskundige commissies en van de sinds het midden van de jaren vijftig in enkele grote steden bestaande gezondheidscommissies om te zetten in beleid.¹³

De staat toonde zich niet bereid de taken van de lokale autoriteiten over te nemen.¹⁴ De politiek van staatsonthouding wordt treffend geïllustreerd door het feit dat de minister in de periode 1818-1865

slechts één maal gebruik maakte van zijn bevoegdheid de presidenten van de provinciale commissies voor overleg bijeen te roepen. Dit gebeurde in 1828, toen de minister zich liet vervangen door een ambtenaar.¹⁵

Inmiddels waren tal van medici tot de slotsom gekomen dat de overheid een actiever beleid moest voeren op het gebied van de volksgezondheid. Zij richtten in 1849 de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op, die zich inzette voor de belangen van de medische stand. Ook op politiek niveau organiseerden de ontevreden geneeskundigen zich. Een groot aantal van hen sloot zich rond het midden van de vorige eeuw aan bij de doctrinair-liberalen, die onder leiding stonden van Thorbecke. Deze medici, ook wel hygiënisten genoemd, mengden zich in het politieke debat over een nieuwe geneeskundige staatsregeling.¹⁶ Al vanaf 1840 speelde de gedachte van een wetswijziging, maar het zou nog tot 1865 duren voordat een nieuwe regeling het Staatsblad bereikte.¹⁷

2.1.3 Het Geneeskundig Staatstoezicht 1865-1902

Het tweede ministerie-Thorbecke (1862-1866) diende in 1862 vier wetsontwerpen voor de regeling van medische aangelegenheden bij het parlement in. Op 1 juni 1865 werden zij verheven tot wet. Het betrof de Wet regelende het geneeskundig Staatstoezicht (*Stb.* 58), de Wet regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw (*Stb.* 59), de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (*Stb.* 60) en de Wet regelende de uitoefening der artsnijbereidkunst (*Stb.* 61). De laatste drie wetten stelden regels voor de uitoefening van de geneeskunde en de artsnijbereidkunde (farmacie). Er kwam een eind aan de verdeeldheid in bevoegdheden van de beroepsbeoefenaren.¹⁸

De voor ons belangrijkste regeling is de Wet regelende het geneeskundig Staatstoezicht. Het bedoelde toezicht omvatte 'het onderzoek naar den staat der volksgezondheid en, waar noodig, de aanwijzing en bevordering van middelen ter verbetering', en 'handhaving der wetten en verordeningen in het belang der volksgezondheid vastgesteld'. De controle werd opgedragen aan inspecteurs, bijgestaan door adjunct-inspecteurs en geneeskundige raden. De raden dienden te bestaan uit de inspecteur en de adjunct-inspecteur, en voorts uit zes tot tien artsen, twee tot zes apothekers en één rechtsgeleerde. Voor de provinciale en plaatselijke commissies was in dit centrale en professionele toezicht geen rol meer weggelegd.

De inspecteurs, in totaal zeven, oefenden hun functie uit in een of twee provincies. Zij adviseerden de minister en de lagere overheden, verzamelden gemeentelijke sterftcijfers, hielden toezicht op de beroepsuitoefening, bereidden maatregelen voor 'bij het ontstaan van eene de volksgezondheid bedreigende of buitengewone sterfte veroorzakende ziekte', en brachten jaarlijks verslag uit aan de minister en aan Gedeputeerde Staten in hun ambtsgebied. De inspecteurs en adjunct-inspecteurs moesten volgens de wet minstens eens per jaar bijeenkomen om een strategie voor de bevordering van de volksgezondheid te bespreken.

De Wet regelende het geneeskundig Staatstoezicht brak niet met de door de liberalen zo gekoesterde gemeentelijke autonomie, integendeel. Ondanks de ongunstige ervaringen bleven de plaatselijke autoriteiten, op grond van de Gemeentewet, verantwoordelijk voor het nemen van maatregelen op het terrein van de volksgezondheid. De Memorie van Toelichting stelde met nadruk dat het niet de bedoeling van de wetgever was 'het toezicht op de volksgezondheid te onttrekken aan de gemeentebesturen en het te centraliseren in het staatstoezicht, maar wel de gemeentebesturen door voorlichting en bijstand tot waakzaamheid op te wekken'. Minister Thorbecke voegde hieraan toe het niet raadzaam te vinden 'aan het geneeskundig Staatstoezicht meer magt toe te kennen. De schromelijkste verwarring zou het gevolg kunnen zijn van het scheppen eener nieuwe magt in den Staat, waaraan de middelen in handen gegeven werden om op eigen gezag de gemeentebesturen tot het nemen van gezondheidsmaatregelen te noodzaken. De magt, die het geneeskundig Staatstoezicht zal uitoefenen, kan geene andere zijn dan die van overtuiging. Maar die magt is groot genoeg', aldus een optimistische minister. Bij 'onwil of onkunde' van de gemeentebesturen zou de staat de nodige initiatieven moeten nemen.¹⁹

Thorbecke verwachtte dat de adviezen van de inspecteurs de lokale autoriteiten zouden overtuigen van de noodzaak van maatregelen op het vlak van de volksgezondheid.²⁰ De praktijk wees echter anders

uit. De gemeenten ergerden zich aan de inspecteurs, die zij als ongewenste pottekijkers zagen. Zij weigerden in actie te komen tegen de gesignaleerde wantoestanden en kwamen de in de wet opgenomen verplichting om regelmatig in contact te treden met het Geneeskundig Staatstoezicht niet na. Van een harmonische samenwerking tussen gemeentebesturen en Staatstoezicht kwam dus in het algemeen weinig terecht.

Omdat ook de staat niet overliep van dadendrang, was de wijze raad van de inspecteurs aan dovemansoren gericht. Kenmerkend was dat de verantwoordelijke bewindslieden zelden de jaarvergaderingen van de inspecteurs bezochten. De kortingen die de regering bij herhaling op het budget van het Geneeskundig Staatstoezicht doorvoerde, getuigden al evenmin van veel belangstelling voor de volksgezondheid.²¹

De Wet regelende het geneeskundig Staatstoezicht was niet helemaal een dode letter. De geneeskundige ambtenaren bleven, ondanks tegenwerking, de autoriteiten met adviezen bestoken. Hun belangrijkste succes was de totstandkoming van de Wet van 4 December 1872, tot voorziening tegen besmettelijke ziekten (*Stb.* 134). Deze wet, die vooral bekendheid kreeg onder de naam Besmettelijke Ziektenwet of Epidemiewet, vormde een reactie op epidemieën van cholera (1866-1867), tyfus (1869-1871) en pokken (1870-1872), waaraan in ons land tienduizenden mensen overleden. De wet gaf de burgemeester uitgebreide bevoegdheden om epidemieën te bestrijden. Zo kon hij patiënten isoleren en huizen, vaartuigen en goederen laten ontsmetten. Ook schreef de wet de gemeenten voor een speciaal lijkenhuis open te stellen en een lokatie in te richten voor de verpleging van lijdens aan besmettelijke ziekten. Bovendien moesten de plaatselijke gezagdragers een waarschuwingsteken bevestigen aan woningen waarin een besmettelijke ziekte was geconstateerd.

Ook met de naleving van de bepalingen uit de Epidemiewet was het echter slecht gesteld. De inspecteurs moesten lijdzaam toezien hoe veel gemeenten de wet niet serieus namen. De staat trad niet op tegen het gebrek aan medewerking van de gemeenten. De professionele toezichthouders gingen op zoek naar andere wegen om het doel van de wet te bereiken. Een van hen, inspecteur Jacobus Penn (1821-1890) van Noord-Holland, nam in 1875 het initiatief tot oprichting van een particuliere vereniging, de Provinciale Noord-Hollandsche Vereeniging het Witte Kruis. Deze eerste kruisvereniging in Nederland concentreerde haar aandacht aanvankelijk op de bestrijding van besmettelijke ziekten. Zij schafte barakken aan, opende ontsmettingsinrichtingen en leidde ontsmetters op. Al spoedig richtte het Witte Kruis zich ook op de verbetering van hulp bij ziekte in het gezin.²² Het Witte Kruis was slechts één voorbeeld van opbloeiend particulier initiatief. Door de afwachtende houding van de overheid stelden bezorgde burgers commissies en verenigingen in met allerlei taken op het gebied van de volksgezondheid. Deze organisaties bleven in de negentiende eeuw nog beperkt in aantal, maar in het begin van de twintigste eeuw volgde, mede door de verzuiling, een explosieve groei.

De Epidemiewet was niet het enige resultaat van de noeste arbeid van de inspecteurs. Door hun bemoeienis kwam de sociale kwestie aan het eind van de vorige eeuw in het middelpunt van de belangstelling te staan en zij wisten enkele gemeentebesturen te overtuigen van de noodzaak verbeteringen aan te brengen in de riolering, de drinkwatervoorziening en de stadsvuilverwijdering. Voorts kwam er onder de druk van de inspecteurs een preventiebeleid tot stand, dat onder meer uitmondde in de oprichting van vaccinatiebureaus en stedelijke melkinrichtingen. Dit alles werd gerealiseerd ondanks het feit dat het Geneeskundig Staatstoezicht nog nauwelijks gezag had. Een zwakke organisatorische structuur, tekort aan geld en mankracht, overbelasting als gevolg van nieuwe hygiënische wetten en gebrek aan succes demotiveerden de geneeskundige ambtenaren.²³ Bovendien werd hun positie verzwakt door een gebrek aan consensus in de medische wetenschap. Door de opkomst van de bacteriologie in de jaren tachtig verloor de onder de hygiënist levende gedachte dat epidemische ziekten werden veroorzaakt door een slechte kwaliteit van de omgeving, steeds meer aanhang. De hygiënist hadden zich lange tijd gebaseerd op de bodemtheorie van de Duitse hoogleraar Max von Pettenkofer (1818-1901). Omdat de introductie van de nieuwe 'leer' niet zonder discussie verliep, werd de invloed van de hygiënist er niet groter op.²⁴

2.2 DE TOTSTANDKOMING VAN DE GEZONDHEIDSWET VAN 1901

2.2.1 De opkomst van een nieuwe generatie van hygiënisten

In de jaren negentig van de vorige eeuw pleitten steeds meer artsen voor reorganisatie van het Geneeskundig Staatstoezicht. Zij vonden de sinds 1865 bereikte verbeteringen op het terrein van de openbare hygiëne te mager en toonden zich in overgrote meerderheid voorstander van een gezondheidsleer op bacteriologische grondslag. Deze radicaal-hygiënisten, door Houwaart ook wel de hygiënisten 'van de tweede generatie' genoemd, streefden naar uitbreiding van het aantal medisch-hygiënische voorzieningen en verbetering van de woonomstandigheden van de bevolking.²⁵ Zij zagen, in tegenstelling tot de eerste generatie van hygiënisten, een belangrijke rol weggelegd voor de staat om deze doelstellingen te bereiken.

De radicaal-hygiënisten hadden een beslissend aandeel in de oprichting van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling in 1895. De eerste aanzet tot dit Congres gaf de inspecteur van het krankzinnigenwezen Wilhelmus Pieter Ruysch (1847-1920), die in 1887 op een vergadering van de Haagse afdeling van de Vereeniging tot bevordering van Fabrieks- en Handwerksnijverheid in Nederland aandrong op oprichting van een museum voor nijverheidshygiëne. Het hoofdbestuur van de vereniging machtigde een jaar later een commissie onder leiding van Ruysch om dit voorstel uit te werken. De commissie reisde naar Berlijn, waar Robert Koch (1843-1910) al een museum voor nijverheidshygiëne had opgericht. Terug in Nederland lanceerde de commissie in 1889 het voorstel de realisering van een museum te laten voorafgaan door een tentoonstelling 'tot bevordering van veiligheid en gezondheid in fabrieken en werkplaatsen'. De exhibitie vond plaats in de zomer van 1890 en trok ruim één miljoen bezoekers. Een deel van het tentoongestelde materiaal ging volgens plan over naar het in 1891 opgerichte Veiligheidsmuseum te Amsterdam.

Behalve de tentoonstelling werd er in september 1890 een Congres voor Nijverheidshygiëne en Reddingwezen georganiseerd, dat door oud-minister van Binnenlandse Zaken J. Heemskerk Azn. (1818-1897) werd voorgezeten. Daar spraken artsen, ingenieurs, werkgevers en politici over de rol van de staat op sociaal-hygiënisch gebied.²⁶ De bijeenkomst werd een groot succes en de deelnemers hoopten op een blijvend vervolg.²⁷ Ruysch werkte deze gedachte uit in de vorm van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. Dit 'hygiënisch voorparlement' bleef tot in het interbellum een rol spelen bij de totstandkoming van wetten op het terrein van de volksgezondheid. Vanaf 1899 beschikte het Congres in de vorm van het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*²⁸ over een periodiek verschijnend orgaan.

De belangrijkste doelstelling van het 'Gezondheidscongres', waarvan iedereen lid kon worden, was het betrekken van niet-medici bij de bevordering van de openbare gezondheidszorg. Weliswaar was, aldus een inleidend artikel in het eerste nummer van genoemd tijdschrift, 'de wetenschap der hygiëne (...) een zuiver medische wetenschap', maar 'zoodra het dus geldt de toepassing te verkrijgen in de praktijk van wat in de studeerkamer en het laboratorium is gevonden, heeft de medicus niet alleen het recht van spreken meer'.²⁹ Gezien de herkomst van de deelnemers slaagde het Congres in deze opzet. Op de vanaf 1896 jaarlijks belegde bijeenkomsten debatteerden artsen met apothekers, ambtenaren, ingenieurs, architecten, chemici, economen, rechtsgeleerden, burgemeesters en politici over actuele vraagstukken, zoals reorganisatie van het Geneeskundig Staatstoezicht.

De radicaal-hygiënisten waren de drijvende kracht achter het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling en het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*. Hun belangrijkste woordvoerder was Ruysch, die als eerste secretaris van het Congres en (hoofd)redacteur van het *Tijdschrift* de spil van de organisatie vormde. Na zijn dood in 1920 ging het snel bergafwaarts met het Congres.³⁰

De radicaal-hygiënisten troffen elkaar niet alleen op de vergaderingen van het Congres. Zij namen zitting in besturen van verenigingen op het terrein van de volksgezondheid, traden toe tot de redacties van wetenschappelijke tijdschriften en verwierven zich belangrijke posities in de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.³¹ Sommigen van hen werkten bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Amsterdam, die in 1893 was opgericht. Een aantal hygiënisten was ook politiek actief. Vooral de in 1884 opgerichte Liberale Unie wist zich verzekerd van de steun van gezondheidsdeskundigen.³² Deze partij werd in de jaren negentig gedomineerd door de zogenoemde links-liberalen. Zij wezen, in tegenstelling tot de doctrinair-liberalen, een politiek van staatsonthouding van de hand en maakten zich sterk voor

algemeen kiesrecht, progressieve inkomstenbelasting, openbaar onderwijs en uitbreiding van de sociale wetgeving. Voorts vonden zij dat het Geneeskundig Staatstoezicht moest worden gereorganiseerd.³³

Toen in 1891 het eerste links-liberale kabinet aantrad, het ministerie-Van Tienhoven-Tak van Poortvliet, leken de kansen voor het Geneeskundig Staatstoezicht ten goede te keren. Dit kabinet had echter weinig daadkracht en moest wegens een conflict over de kiesrechtuitbreiding in het voorjaar van 1894 aftreden. Zijn belangrijkste succes was een door de minister van Financiën, N.G. Pierson (1839-1909), ontworpen belastingherziening, waardoor een deel van de belastingdruk verschoof van de lagere naar de rijkere klassen.³⁴ Deze president-directeur van de Nederlandsche Bank werd premier in het tweede links-liberale kabinet, dat van juli 1897 tot augustus 1901 regeerde.³⁵ Dit ministerie was buitengewoon actief. Zij schafte de plaatsvervangende dienstplichtigen af (1898), voerde de leerplicht in (1901), reorganiseerde het leger (1901) en stelde de Ongevallenwet op (1901). Verder verschenen de Gezondheidswet en de Woningwet in het Staatsblad.³⁶ Deze twee wetten komen nog aan de orde, maar eerst volgt een biografische schets van de twee hoofdrolspelers in het 'gezondheidsdebat' aan het eind van de jaren negentig: minister van Binnenlandse Zaken Goeman Borgesius en zijn adviseur Ruysch.

2.2.2 Hendrik Goeman Borgesius en Wilhelmus Pieter Ruysch

Hendrik Goeman Borgesius (1847-1917) werd als zoon van een geneeskundige in Schildwolde geboren.³⁷ Hij studeerde aanvankelijk theologie en daarna rechten in Groningen. Na zijn promotie in 1868 werkte hij als leraar en journalist. Op 23-jarige leeftijd werd Borgesius belast met de hoofdredactie van het Haagse liberale dagblad *Het Vaderland*. Onder zijn leiding kwam de jonge krant tot bloei als spreekbuis van vooruitstrevende liberalen.

De politieke loopbaan van Borgesius begon in 1877, toen hij voor het district Winschoten in de Tweede Kamer werd gekozen. Daarvan bleef hij, met uitzondering van de periode dat hij minister was, tot aan zijn dood lid. Hij kreeg bekendheid als strijder tegen sociaal onrecht. Vanaf 1870 nam hij deel aan bijeenkomsten van het Comité ter bespreking der sociale kwestie. In 1886 was Borgesius een van de initiatiefnemers van de parlementaire enquête naar arbeidstoestanden en nam hij als ondervoorzitter zitting in de commissie die met de uitvoering van het onderzoek werd belast. Het schokkende beeld dat de enquête opleverde leidde tot een groot aantal sociale maatregelen.

Borgesius klom aan het eind van de jaren tachtig op naar de top van de Liberale Unie. In 1897 werd hij, overigens tegen het advies van zijn politieke vrienden,³⁸ minister van Binnenlandse Zaken van het links-liberale kabinet-Pierson. Onder zijn leiding kwamen de Gezondheids-, Woning- en Leerplichtwet tot stand.

De Tweede-Kamerverkiezingen van 1901 liepen voor de liberalen op een teleurstelling uit, want zij verloren de meerderheid in de Kamer en verdwenen na tien jaar geregeerd te hebben in de oppositiebanken. Daarmee was hun leed nog niet geleden, want de Liberale Unie scheurde in datzelfde jaar in tweeën door het uittreden van de vrijzinnig-democraten. Voor Borgesius was er genoeg werk aan de winkel. Hij nam de leiding van de kamerfractie van de Unie op zich, voerde de oppositie aan tegen het kabinet-Kuyper en werd in 1902 gekozen tot voorzitter van zijn partij, die hij weer tot leven bracht. Bovendien wist hij de dissidenten, verenigd in de Vrijzinnig-Democratische Bond, tot samenwerking te bewegen, wat resulteerde in een gezamenlijk verkiezingsprogramma in 1905. Na de verkiezingsnederlaag van de confessionelen in 1905 werd Borgesius kabinetsformateur. Hij vormde het liberale minderheidskabinet-De Meester, dat tot 1908 stand hield. In 1911 diende hij tevergeefs een motie in waarin hij aandrang op invoering van het algemeen kiesrecht en een stelsel van evenredige vertegenwoordiging. In zijn laatste vier levensjaren maakte Borgesius zich verdienstelijk als voorzitter van de Tweede Kamer.

Borgesius had een overvolle agenda. Hoewel hij na zijn verkiezing tot kamerlid het hoofdredacteurschap van *Het Vaderland* neerlegde, bleef hij actief als schrijver. Hij was redacteur van het links-liberale maandblad *Vragen des Tijds*, medewerker van het *Sociaal Weekblad*, publiceerde twintig jaar lang een anonieme rubriek in de *Zutphensche Courant* en ventileerde zijn hygiënistische opvattingen in het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*. Daarnaast was Borgesius als mededirecteur van een verzekeringsmaatschappij een geslaagd zakenman en nam hij volop deel aan het verenigingsleven. Te

noemen vallen zijn lidmaatschap van de Volksbond tegen Drankmisbruik (waarvan hij achttien jaar voorzitter was), de Vereeniging tot bevordering van het herstel van drankzuchtigen, de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, en de Wilhelmina-Vereeniging, die streefde naar verbetering van de zorg voor psychiatrische patiënten.

Wat volksgezondheid betreft is de naam van Goeman Borgesius vooral verbonden aan de Gezondheidswet en de Woningwet van 1901. Zijn bemoeienissen strekten echter verder. Zo trad hij in 1902 toe tot het bestuur van het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, waarvan hij in 1904 voor een periode van drie jaar voorzitter werd. In de jaren 1902-1917 nam hij als buitengewoon lid in tal van commissies van de Centrale Gezondheidsraad zitting. Verder bekleedde hij in het begin van deze eeuw het voorzitterschap van de gezondheidscommissie van Den Haag.

De populariteit van Borgesius was groot. Hij was een geliefd spreker, die zich bij verkiezingen in verschillende districten kandidaat stelde. Hij aanvaardde vervolgens zijn verkiezing in het district waar hij met de krapste meerderheid was gekozen, ofwel daar waar nieuwe verkiezingen voor de liberalen het meeste risico zouden opleveren. Dat niet alleen de kiezers, maar ook de radicaal-hygiënisten Borgesius op handen droegen, klinkt door in de afscheidswoord van Ruysch:

'Een der beste strijders voor de volksgezondheid is ons ontvallen. Met den dood van Mr. Dr. H. Goeman Borgesius (...) is een ernstige slag aan de belangen der volksgezondheid toegebracht. Sinds vele tientallen van jaren toch is er onder de staatslieden die grooten invloed op de oeconomische en sociaal-hygiënische toestanden in ons vaderland hebben uitgeoefend, geen geweest, die hem aan toewijding voor de belangen van de *volksgezondheid* heeft geëvenaard en daarvan voortdurend, in welke posities hij ook werd geplaatst, blijken deed.'³⁹

De waardering voor Borgesius blijkt ook uit het hem door de Rijksuniversiteit Groningen op 1 juli 1914 toegekende eredoctoraat in de geneeskunde.

Wilhelmus Pieter Ruysch (1847-1920), zoon van een vuurwerkfabrikant, zag het levenslicht in Utrecht.⁴⁰ Hij bezocht 's-Rijkskweekschool voor Militaire Geneeskundigen en werd in 1873 bevorderd tot officier van gezondheid tweede klasse. Nadat hij in 1876 met succes het artsexamen had afgelegd, werd hij in 1879 benoemd tot adjunct-inspecteur van het Geneeskundig Staatstoezicht in de provincies Noord-Brabant en Limburg. Vijf jaar later trad hij als referendaris voor de medische en veterinaire politie in dienst bij het departement van Binnenlandse Zaken. Ter gelegenheid van het 250-jarig bestaan van de Rijksuniversiteit Utrecht kreeg Ruysch in 1886 het eredoctoraat in de geneeskunde. Een jaar later werd hij inspecteur van het krankzinnigenwezen. In die functie, die hij tot 1901 uitoefende, trok hij ten strijde tegen toepassing van dwangmiddelen bij de behandeling van psychiatrische patiënten en probeerde hij verbetering aan te brengen in de vaak mensonterende omstandigheden voor verpleging van 'krankzinnigen'.⁴¹ Behalve als inspecteur was hij van 1887 tot 1901 als adviseur voor medische en veterinaire aangelegenheden aan het ministerie van Binnenlandse Zaken verbonden. In 1901 werd Ruysch waarnemend geneeskundig inspecteur van Zuid-Holland en op 1 augustus 1902 volgde zijn aanstelling tot hoofdinspecteur van de volksgezondheid van Zuid-Holland en Zeeland. Ruysch was ook buiten de grenzen actief. De Nederlandse regering benoemde hem in 1907 tot permanent vertegenwoordiger bij het Office Internationale d'Hygiène Publique te Parijs, waar internationale kopstukken hun licht lieten schijnen over actuele volksgezondheidsvraagstukken. In 1913 volgde de kroon op de imposante carrière van Ruysch, in de vorm van het voorzitterschap van de Centrale Gezondheidsraad. In 1918, op ruim zeventigjarige leeftijd, legde hij deze functie neer.

Ruysch roerde zich in vele organisaties op het terrein van de volksgezondheid. Hij was mede-oprichter en tot zijn dood voorzitter van de Wilhelmina-Vereeniging (opgericht in 1897), de Vereeniging tot bevordering van het herstel van drankzuchtigen (1900), de Nederlandsche Vereeniging tegen vallende ziekte (1902) en de Nederlandsche Vereeniging voor Volks- en Schoolbaden (1902). In 1897 nam hij bij de Volksbond tegen Drankmisbruik de voorzittershamer van Borgesius over. Hij toonde zich verder een geïnteresseerd lid van het Groene Kruis en de Haagse afdeling van het Nederlandsche Roode Kruis.

Ook op het vlak van de zogenoemde nijverheidshygiëne heeft Ruysch baanbrekend werk verzet. Hij stond aan de wieg van de internationale tentoonstelling 'tot bevordering van veiligheid en gezondheid in fabrieken en werkplaatsen'⁴² en het Congres voor Nijverheidshygiëne en Reddingwezen, die allebei in 1890 werden gehouden. Voorts was hij de drijvende kracht achter het Nederlandsch Congres voor

Openbare Gezondheidsregeling, ook wel het 'het congres van Ruysch' genoemd, en jarenlang (hoofd)redacteur van het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*. Ruysch behoorde tot de Liberale Unie, waarvan hij jarenlang hoofdbestuurslid was en in 1901, als tussenpaus, voorzitter. In de periode 1897-1903 zat hij namens deze partij in de Provinciale Staten van Zuid-Holland.

Goeman Borgesius en Ruysch waren geen onbekenden van elkaar. Zij waren lid van dezelfde politieke partij en troffen elkaar in organisaties die zich keerden tegen alcoholisme of ijverden voor verbetering van de behandeling van psychiatrische patiënten. De twee vooruitstrevende liberalen meenden dat er meer medisch-hygiënische voorzieningen voor de bevolking moesten komen en zij kenden bij de realisering van deze uitbreiding de staat een belangrijke plaats toe. Zij toonden zich voorstander van reorganisatie van het Geneeskundig Staatstoezicht en debatteerden hierover in het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. In 1897 ontmoetten zij elkaar op het departement van Binnenlandse Zaken, Borgesius als minister en Ruysch als adviseur voor medische en veterinaire aangelegenheden. Gezamenlijk werkten zij aan een nieuwe Gezondheidswet, waarin de staat een meer centrale plaats kreeg toebedeeld. Voordat het eerste ontwerp van deze wet ter sprake komt, passeren eerst twee andere pogingen om de Geneeskundige Staatsregeling van 1865 te wijzigen de revue.

2.2.3 De wetsontwerpen van minister Heemskerk en de inspecteurs

Gezien de magere resultaten die het Geneeskundig Staatstoezicht boekte, was het niet verwonderlijk dat men begon te denken aan een nieuwe wettelijke regeling. De als conservatief bekend staande minister Heemskerk diende in februari 1886 een wetsvoorstel in, dat tot doel had het contact tussen de bewindsman en de inspecteurs te verbeteren en de top van het Staatstoezicht te versterken. De minister dacht dit te bereiken door instelling van een centrale commissie, die zou moeten bestaan uit de minister van Binnenlandse Zaken en de ondervoorzitter en secretaris van een geneeskundige raad (de desgewenst met deskundigen uit te breiden opvolger van de inspecteursvergadering). Door hem zouden alle 'van Regeeringswege op hygiënisch gebied te nemen maatregelen in overweging genomen, bestudeerd en ter uitvoering voorbereid kunnen worden', aldus Heemskerk in de Memorie van Toelichting. Hij zou daarvoor, behalve over een bureau, de beschikking moeten krijgen over een laboratorium, 'waar de geneeskundige ambtenaren de gelegenheid hebben de hoogst noodzakelijke natuurkundige chemico-fysische onderzoekingen te doen, die voor menig vraagstuk bij de toepassing der gezondheidsleer eene bepaalde noodzakelijkheid zijn geworden'.

Naast versterking van de leiding van het Staatstoezicht schreef het wetsvoorstel de oprichting van gezondheidscommissies in gemeenten met meer dan 15.000 inwoners voor. Deze commissies, die reeds in enkele steden bestonden, moesten gaan toezien op de plaatselijke gezondheidstoestand en als adviescollege optreden van het gemeentebestuur. Zij moesten de lokale bestuurders aanzetten tot het nemen van maatregelen op het terrein van de volksgezondheid.

De kosten die met uitvoering van de gewijzigde wet zouden zijn gemoeid, dacht Heemskerk binnen het Staatstoezicht terug te kunnen verdienen. Daarom was er in zijn voorstel geen plaats meer voor de adjunct-inspecteurs en de geneeskundige raden. De inspecteurs zouden zich in het vervolg moeten laten bijstaan door onbezoldigde adviseurs.⁴³ Het wetsvoorstel werd uiteindelijk niet in behandeling genomen, omdat het kabinet voortijdig aftrad.

Zoals gezegd, kwam in 1891 het eerste links-liberale kabinet tot stand. De minister van Binnenlandse Zaken, J.P.R. Tak van Poortvliet (1839-1904), vroeg de inspecteurs een nieuwe Geneeskundige Staatsregeling op te stellen. In het daaruit voortvloeiende wetsontwerp van 1894 keerden de plannen van Heemskerk terug. Ook de inspecteurs pleitten voor versterking van het centrale toezicht, instelling van gezondheidscommissies in gemeenten met meer dan 15.000 inwoners en afschaffing van de geneeskundige raden, waarvoor in de plaats onbezoldigde plaatsvervangende inspecteurs moesten worden aangesteld. De inspecteurs zagen de plaatselijke commissies als het hart van het Staatstoezicht. Het centrale gezag zou moeten optreden als de plaatselijke overheid haar plicht verzaakte.

Om het centrale toezicht te versterken, brak het wetsontwerp een lans voor de vorming van een *gezondheidsraad* die onder voorzitterschap van de minister minstens één keer per jaar bijeen moest komen. Deze raad diende, behalve uit de inspecteurs, te bestaan uit hen 'die als de eersten op de verschillende gebieden der wetenschap, die met de Staatsgeneeskunst in verband staan, gelden'. Het 'hygiënisch bureau' kreeg de taak toebedacht als centraal adviescollege op te treden en bindende voorschriften voor de inspecteurs op te stellen. Uit zijn midden moest een centrale commissie worden gevormd, die onder leiding van de minister de werkzaamheden van de raad zou moeten sturen. Deze commissie had daarbij een laboratorium nodig, aldus het voorstel.⁴⁴

De plannen van de inspecteurs bereikten het parlement niet. Tak van Poortvliet achtte een ingrijpende wetswijziging niet opportuun en meende bovendien dat in het ontwerp nog een te belangrijke plaats werd toegekend aan de plaatselijke autoriteiten.⁴⁵ Volgens hem had de negentiende eeuw aangetoond dat de lagere overheidsorganen niet warm liepen voor de volksgezondheid. Deze visie onderstreepte evenwel alleen maar de urgentie van een reorganisatie van het Geneeskundig Staatstoezicht. Uiteindelijk gaf minister Goeman Borgesius, daarin gesteund door een nieuwe generatie van hygiënisten, de beslissende stoot tot een nieuwe wettelijke regeling. Hij nam daarbij de voorstellen van Heemskerk en de inspecteurs tot uitgangspunt.

2.2.4 Het wetsontwerp van Goeman Borgesius

In het op 27 juli 1897 aangetreden kabinet-Pierson hadden de links-liberalen de overhand. Hun belangrijkste woordvoeder was minister van Binnenlandse Zaken Goeman Borgesius. Hij stelde plannen op voor een reorganisatie van het Geneeskundig Staatstoezicht, die hij in juni 1898 voorlegde aan de inspecteurs. Het overleg leidde tot een ontwerp van wet tot regeling van het Staatstoezicht op de volksgezondheid⁴⁶ (kortweg Gezondheidswet genoemd), dat op 11 september 1899 bij de Tweede Kamer werd ingediend. Het ontwerp sprak niet meer van 'Geneeskundig Staatstoezicht', maar van 'Staatstoezicht op de Volksgezondheid', omdat de minister de mening van de hygiënisten deelde dat ook niet-artsen bij de zorg voor de volksgezondheid moesten worden betrokken.

In de Memorie van Toelichting, waarin fundamentele kritiek werd geleverd op het doctrinair-liberale maatschappij- en mensbeeld, somde Borgesius als tekortkomingen van de uit 1865 stammende regeling op:

1. dat er wel in de verschillende provinciën organen van het geneeskundig Staatstoezicht worden aangetroffen, maar dat nagenoeg alle centrale leiding ontbreekt;
2. dat men er te veel op heeft vertrouwd, dat gemeentebesturen en andere autoriteiten het op hoogen prijs zouden stellen de adviezen van deskundigen op dit terrein te kunnen inwinnen en daardoor in gebreke is gebleven die besturen tot het plegen van overleg in vele gevallen te verplichten en aan de organen van het Staatstoezicht voldoende bevoegdheden toe te kennen;
3. dat te veel uit het oog is verloren dat Staatstoezicht tot behartiging van de belangen van de volksgezondheid niet behoeft of mag zijn uitsluitend een *geneeskundig* Staatstoezicht;
4. dat men te veel verwachtingen heeft gehad van slechts enkele keeren in het jaar bijeenkomende geneeskundige raden;
5. dat men ten onrechte is uitgegaan van het standpunt dat over plaatselijke gezondheidsbelangen plaatselijke voorlichting wel kan worden gemist.'

Kern van het voorstel van de minister om deze gebreken te verhelpen was het creëren van 'eene krachtige, deskundige centrale leiding door een zelfstandig college, welks samenstelling eene veelzijdige beschouwing der hygiënische vraagstukken en eene juiste waardeering van de nieuwere inzichten in de toegepaste gezondheidsleer waarborgt, toegerust met de werkkrachten en hulpmiddelen, noodig voor onderzoek, voorbereiding en uitwerking, en onder zich hebbende een tal van over het geheele land verspreide, deels technische, deels veelzijdig samengestelde organen, geroepen tot doeltreffend onderzoek en een krachtig plaatselijk medearbeiden aan de belangen der volksgezondheid, zoodat zij aan het leidende centrale college geven wat dit noodig heeft om het Staatstoezicht op de volksgezondheid tot eene levende kracht te maken en voor eene Regeering, die de belangen der volksgezondheid wil behartigen, tot een daadwerkelijken steun en raad te zijn'.

Als leidinggevend orgaan van het Staatstoezicht had Borgesius een Centrale Gezondheidsraad in gedachten, met de volgende taken:

- 'a. dient van bericht en raad op alle stukken, de volksgezondheid betreffende, die hem door Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken daartoe worden toegezonden;
- b. vestigt de aandacht van Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken op maatregelen die van Regeeringswege zijn te nemen in het belang der volksgezondheid;
- c. doet door een of meer zijner leden of buitengewone leden of een inspecteur verrichten de onderzoeken die hem noodig voorkomen;
- d. zendt jaarlijks vóór 1 Juli aan Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken een verslag van de bevindingen en handelingen van het Staatstoezicht op de volksgezondheid (...);
- e. verricht overigens de werkzaamheden, die hem, behalve de bovengenoemde, krachtens de wet of door Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken worden opgedragen.'⁴⁷

De Centrale Gezondheidsraad moest uit minstens drie en hoogstens vijf leden bestaan, onder wie ook niet-artsen, aldus Borgesius. Voor de inspecteurs zag hij geen plaats in de Raad weggelegd. De bewindsman vond verder dat de Raad ook zogenoemde buitengewone leden met een raadgevende stem moest tellen. Daarnaast zou de voorzitter⁴⁸ deskundige niet-leden voor de bijeenkomsten moeten kunnen uitnodigen. De minister maakte in het wetsontwerp voorts gewag van de benoeming van een secretaris, het hoofd van het personeel van de Raad. Ook de secretaris kreeg een raadgevende stem toebedacht. Hoewel Borgesius er wel op zinspeelde, achtte hij het niet per se nodig dat de Centrale Gezondheidsraad de beschikking kreeg over een eigen laboratorium. Voor bacteriologisch en ander wetenschappelijk onderzoek verwees hij de Raad naar 'gemeentelijke of particuliere laboratoria' of 'laboratoria der Rijks-universiteiten'.

De Centrale Gezondheidsraad zou volgens het wetsontwerp bijstand krijgen van maximaal zeven inspecteurs en maar liefst 260 gezondheidscommissies. De voor de inspecteurs weggelegde taak was het 'meer directe toezicht op de handhaving van bijzondere wetten'. De minister kondigde aan dat enkele inspecteurs belast zouden worden met de controle op de naleving van de bepalingen uit de tegelijkertijd met de Gezondheidswet bij het parlement ingediende Woningwet.⁴⁹ Voor de regionaal opererende 'allround' inspecteurs zag Borgesius niet langer een rol.

De uit vijf tot vijftien leden bestaande gezondheidscommissies in gemeenten met meer dan 15.000 inwoners moesten het meer algemene toezicht op de volksgezondheid voor hun rekening nemen.⁵⁰ Het wetsvoorstel verbood de gemeenten besluiten op het terrein van de volksgezondheid te nemen zonder het advies van de plaatselijke commissies in te winnen. Borgesius zag de gezondheidscommissies, en niet langer de inspecteurs, als schakel tussen de centrale leiding en de uitvoerende instanties in het land. Het lag verder in zijn bedoeling dat de commissies sterftcijfers zouden verzamelen en een register bijhouden van de in hun ambtsgebied gevestigde artsen, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers. Deze twee administratieve taken waren in de Wet van 1865 nog opgedragen aan de inspecteurs.⁵¹ De kosten van de commissies konden volgens het wetsvoorstel laag blijven, omdat alleen de secretarissen op de loonlijst van de rijksoverheid werden geplaatst. De minister begrootte de totale kosten van de uitvoering van de wet op f 117.000 per jaar.⁵²

2.2.5 Discussies over de ontwerp-Gezondheidswet

In de loop van 1899 en 1900 kwamen er vele reacties op het ontwerp van de Gezondheidswet los. Behalve organisaties spraken ook individuele artsen zich over de plannen van de minister uit.⁵³ Brandpunt van de discussies vormden de vergaderingen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) en van het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, waar felle woorden werden gewisseld over het voorstel niet-artsen te benoemen in de Centrale Gezondheidsraad en over de positie van de inspecteurs en de gezondheidscommissies in het nieuwe bestel.

De NMG wijdde op 25 februari 1900 een buitengewone algemene vergadering aan het wetsontwerp.⁵⁴ De afdelingen Friesland en Amsterdam openden de aanval. Zij betoogden dat niet een nieuwe wettelijke regeling, maar 'aanvulling en wijziging der bestaande wet, (...) vooral door ruimeren finantieelen steun' de grondslag dienden te vormen van een reorganisatie van het Staatstoezicht. Voor het mislukken van de Wet van 1865 stelden zij in de eerste plaats de karige overheid verantwoordelijk, die de uitvoering van de wet niet serieus had aangepakt. Bij voortzetting van dit beleid zou ook de

voorgestelde Gezondheidswet op een teleurstelling uitlopen. De Amsterdamse arts Cornelis Frans Jacobus Blooker (1852-1912), partijgenoot van Borgesius, wees de voorgestelde begroting van f 117.000 als 'belachelijk' laag van de hand, in aanmerking nemend 'dat de hoofdstad voor haren zich jaarlijks uitbreidenden gezondheidsdienst thans reeds noodig heeft een som van f 53.000'.

Voor een meerderheid van de leden van de Maatschappij vormde deze kritiek geen reden het wetsontwerp helemaal af te wijzen. Wel nam de vergadering wijzigingsvoorstellen aan die voor een groot deel tegemoetkwamen aan de bezwaren van de genoemde afdelingen. De amendementen betroffen in de eerste plaats de samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad, die volgens de NMG uit meer dan drie leden moest bestaan. De Maatschappij was met de minister van mening dat ook voor niet-artsen een rol in het Staatstoezicht was weggelegd. Het voorstel om niet-medische deskundigen ook op te nemen in de Centrale Gezondheidsraad stuitte echter op verzet. Zo vroeg de Friese afgevaardigde Pieter Hendrik van Eden (1862-1933) zich af of de geneeskunde zo diep gezonken was, dat zij de gezondheidsleer moest prijsgeven. Onder impuls van de Amsterdamse hoogleraar in de gezondheidsleer Rudolph Hendrik Saltet (1853-1927) schaarden de leden zich achter een motie die stelde 'dat het wenschelijk is, dat het medisch element zoo niet overheerschend in de toekomstige regeling, dan toch op den voorgrond zal treden'.⁵⁵ Dit hield in dat de Centrale Gezondheidsraad bij voorkeur uit artsen moest bestaan.

Ook wat betreft de positie van de inspecteurs stelde men wijzigingen voor. De Maatschappij wees opsplitsing van de inspectie in allerlei specialismen van de hand en pleitte voor handhaving van de territoriaal georganiseerde algemene inspecteurs, die lid moesten zijn van de Centrale Gezondheidsraad om de eenheid in het Staatstoezicht te bevorderen.

De NMG liep niet warm voor de voorgestelde gezondheidscommissies, die slechts te dulden zouden zijn als ze zich beperkten tot advisering en gelimiteerd zouden blijven in aantal (hooguit 120). Het ontbrak volgens de Maatschappij aan deskundigen om meer commissies te kunnen instellen.

Het bestuur van de artsenorganisatie besloot het verslag van de bijeenkomst op te sturen naar de Tweede Kamer. Men vond dit van belang omdat in de Tweede Kamer 'geen enkel medicus zitting heeft en dus niemand met volkomen kennis van zaken over onze belangen kan oordelen'.

Op 25 april 1900 stond het wetsontwerp op de agenda van de jaarvergadering van het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. Het debat was schriftelijk voorbereid door Blooker en Saltet, die vele van de eerder genoemde bezwaren opnieuw op tafel legden. Zij juichten de instelling van een centraal orgaan op het terrein van het Staatstoezicht weliswaar toe, maar tekenden protest aan tegen de voorgestelde omvang en samenstelling ervan. De Centrale Gezondheidsraad moest in hun ogen uit minstens zeven personen bestaan, allemaal artsen. Hoewel Blooker en Saltet zich nogmaals voorstander toonden van het betrekken van architecten, ingenieurs en apothekers bij het Staatstoezicht, stelden zij dat 'zoowel om te kunnen zorgen voor het behoud der gezondheid als voor het herstel van de gestoorde gezondheid, moet men medisch zijn opgevoed, medisch hebben leeren denken. Daarom moet in het Staatstoezicht op de volksgezondheid niet slechts de eerste plaats blijven ingeruimd aan de geneeskundigen, maar moet het staan onder de leiding van deze.' Een van hun conclusies luidde dat 'het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zij een *Geneeskundig* Staatstoezicht, waarin de medewerking van andere vakken echter zij verzekerd'.⁵⁶

Deze stellingname van de twee Amsterdamse artsen beheerste de discussie op het Congres, waar ook niet-artsen van de partij waren.⁵⁷ De laatsten beschuldigden de inleiders van een eenzijdige en kortzichtige benadering en wezen op de teleurstellende resultaten van 35 jaar Geneeskundig Staatstoezicht. Eén van de afgevaardigden diende een tegenvoorstel in, waarin om een zodanige regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid werd gevraagd 'dat daarin zooveel mogelijk de vertegenwoordiging en de medewerking van alle haar beoefende vakken worde verzekerd'.⁵⁸ Ruysch riep in een poging de gemoederen te bedaren het beginsel van het Congres in herinnering, 'dat het geneeskundig staatstoezicht niet alleen moet worden gevormd naar het oordeel van medici. Dat moet zijn een toezicht van breeden omvang, waarbij ook hulp van anderen noodig is. En om daartoe te geraken is het Congres opgericht. Wanneer wij dus met dat doel hier zijn, is dat een gevolg hiervan, dat het geneeskundig staatstoezicht dat zelf heeft ingezien, uitgesproken en gewenscht.' Zijn voorstel om de gewraakte conclusie te schrappen werd door een overgrote meerderheid van de vergadering aanvaard.

Het Congres nam de overige conclusies van de inleiders vrijwel onveranderd over en stuurde een petitie aan de Tweede Kamer die gematigd van toon was. Daarin ondersteunde het de instelling van een Centrale Gezondheidsraad, 'doch meer uitgebreid en waarbij aan de districts-inspecteurs een meer werkzaam aandeel aan de handelingen van dien raad wordt toegekend'.⁵⁹ Verder nam het Congres stelling tegen opsplitsing van de inspectie en drong het aan op instelling van de gezondheidscommissies door de gemeenteraden. Het Congres sprak de hoop uit dat de Centrale Gezondheidsraad en de inspecteurs van voldoende personeel en hulpmiddelen zouden worden voorzien.⁶⁰

Behalve de NMG en het Congres lieten ook andere organisaties zich over de voorstellen van Borgesius uit. De reactie van de Amsterdamse gezondheidscommissie, in 1864 door de gemeenteraad in het leven geroepen, was het meest kritisch.⁶¹ Zij nam afstand van een multidisciplinaire samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad, aangezien 'de leiding van de maatregelen tot bevordering der volksgezondheid toch altijd moet worden opgedragen aan hygiënisten, dus geneeskundigen', al zouden deze zich door een 'staf van deskundigen' moeten laten bijstaan. Verder vreesde de Amsterdamse commissie dat bij het voorgestelde salaris van de leden van de Raad, f 4500 per jaar, 'de keuze uit de kundigste en meest geschikte mannen niet ruim' zou zijn.⁶²

De Amsterdamse gezondheidscommissie was ook niet te spreken over de positie die de inspecteurs werd toebedacht. Zij pleitte voor handhaving van de oude situatie 'met toevoeging van deskundige hulp door de aanstelling van b.v. bouwkundigen en geneeskundigen als adjuncten'. Ook de bepalingen voor de gezondheidscommissies wees zij van de hand. De commissie vreesde een verzwakking van haar invloed als de voorgestelde uitbreiding van de werkzaamheden gestalte kreeg en het gemeentebestuur de benoeming van de leden zou moeten overdragen aan de Commissaris der Koningin. Bovendien vroeg zij zich af 'of er genoeg welwillende burgers te vinden zullen zijn, die in zich vereenigen de veelvuldige voorwaarden, van welke een goede waarneming der betrekking afhangt, namelijk: lust om een onbezoldigde betrekking waar te nemen, beschikbaren tijd, kunde en onafhankelijkheid van plaatselijke invloeden'.⁶³

Tot slot de reactie van de in 1853 opgerichte Vereeniging van Burgerlijke Ingenieurs. In 1897 had zij een commissie geïnstalleerd die moest onderzoeken hoe de Wet van 1865 kon worden gewijzigd. Zij telde vijf leden, onder wie Jurriaan Menno Huizinga (1850-1913), de geneeskundig inspecteur van Zuid-Holland, een groot voorstander van het betrekken van ingenieurs bij het Staatstoezicht. In haar commentaar op de voorstellen van Borgesius, overgenomen door de Vereeniging, ondersteunde de commissie de beëindiging van de alleenheerschappij van de medicus in het Staatstoezicht. Zij stelde dat recente ontwikkelingen in de gezondheidstechniek (waterleiding, woningbouw) een dergelijke exclusieve positie niet meer rechtvaardigden, daar 'de ingenieurs zich meer en meer met de belangen der volksgezondheid bezig houden en zij bij menig onderwerp, de volksgezondheid rakende, veelal beter tot oordelen in staat zijn dan medici'. Maar ook de ingenieurs hadden wat op het wetsvoorstel aan te merken. Zij drongen aan op inperking van het aantal gezondheidscommissies tot 120, handhaving van inspecteurs die 'het gansche gebied overzien', uitbreiding van de Centrale Gezondheidsraad en oprichting van een aan de Raad toebehorend laboratorium.⁶⁴

2.2.6 De parlementaire behandeling van de Gezondheidswet

In de zomer van 1900 ontving minister Borgesius de schriftelijke reactie van de Tweede Kamer op zijn wetsontwerp. Veel van de in de vorige paragraaf beschreven kritiek keerde daarin terug, met uitzondering van de wens aan geneeskundigen een dominante plaats toe te kennen. Een meerderheid van de parlementariërs wees deze suggestie van de hand, omdat 'uit het oog werd verloren, dat de bekwaamheid voor de uitoefening van de geneeskundige praktijk volstrekt geen waarborg geeft voor voldoende bekendheid met de wetenschap der hygiëne. In kringen van niet-geneeskundigen vertoont zich gaandeweg meer kennis van, en belangstelling in quaestiën, welke de hygiëne betreffen.(...) Voor het toezicht op de volkshuisvesting, gelijk bij menig ander onderwerp de volksgezondheid rakende, zal een ingenieur veelal meer geschikt zijn dan een medicus.' De politici drongen aan op een veelzijdige samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad, waarin zij 'een hygiënist of, bij gebreke daarvan, een geneeskundige; een scheikundige of apotheker, een natuurkundige, een ingenieur en een jurist' benoemd wilden zien. Zij

hoopten dat aan bedoelde verzoekschriften 'geen grootere waarde zou worden toegekend dan zij verdienen'.⁶⁵

Borgesius publiceerde in oktober 1900 een gewijzigd wetsontwerp, waarin hij aan veel van de bezwaren tegemoetkwam. Hij ondervond een groot deel van de kritiek door boven de gespecialiseerde inspecteurs territoriale hoofdinspecteurs te plaatsen, die een zetel kregen in de Centrale Gezondheidsraad. Zij zouden 'binnen het hun aangewezen ambtsgebied (...) het Staatstoezicht op de volksgezondheid in zijn geheelen omvang' moeten uitoefenen 'of hebben, voor zoover die uitoefening door inspecteurs geschiedt, de leiding daarvan. Hun worden opgedragen de zogenaamde administratieve werkzaamheden, in het oorspronkelijke wetsontwerp aan de gezondheidscommissies toegedacht. Zij hebben het toezicht op de werkzaamheden der gezondheidscommissies binnen hun district. Zij vormen de verbinding tusschen de gezondheidscommissies en de inspecteurs enerzijds en den centralen gezondheidsraad anderzijds en lichten den centralen raad voor met hunne kennis van de sanitaire toestanden en belangen in hun district.' Het aantal (hoofd)inspecteurs zou geregeld worden in een uitvoeringsbesluit. Borgesius dacht aan drie hoofdinspecteurs, met elk vier gespecialiseerde inspecteurs onder zich: twee woninginspecteurs, een geneeskundig en een farmaceutisch inspecteur.⁶⁶

De plaatselijke gezondheidscommissies bleven een wezenlijk onderdeel van het wetsontwerp uitmaken. De minister stelde met nadruk 'dat ook na het tot stand komen van deze wet, de zorg voor de openbare gezondheid blijft bij de gemeentelijke overheid, voor zoover daarvan niet bij de wet uitdrukkelijk wordt afgeweken. Zelfs waar de Rijkswetgever voor enkele onderwerpen van gezondheidszorg bijzondere regelingen heeft gemaakt, is daarbij nog in verreweg de meeste gevallen de uitvoering aan de plaatselijke overheid opgedragen.' Volgens de bewindsman was het daarom van belang dat de plaatselijke autoriteiten over deskundige adviesinstanties konden beschikken, die op hun beurt onder leiding stonden van een centraal orgaan. Borgesius honoreerde het verzoek het aantal gezondheidscommissies te beperken. Zijn gewijzigde ontwerp voorzag in oprichting van commissies in gemeenten met meer dan 18.000 inwoners, in totaal ruim 130 commissies, tegen de 260 commissies in het oorspronkelijke voorstel.

Met verve verdedigde Borgesius de instelling van een Centrale Gezondheidsraad, die, gelet op het lidmaatschap van de hoofdinspecteurs, in het midden van het land, in Utrecht, moest worden gevestigd. 'Een permanent college, dat voortdurend het geheel overziet' was in zijn ogen noodzakelijk om de regeling tot een succes te maken. Hij zegde toe de Raad van een laboratorium te zullen voorzien en kondigde aan het aantal leden uit te breiden tot zeven. Naast de voorzitter en de drie hoofdinspecteurs zouden ook de directeur van het laboratorium en, in afwijking van het eerste ontwerp, de secretaris lid van de Raad moeten zijn. De positie van de secretaris werd nog versterkt door de bepaling dat hij samen met de voorzitter de dagelijkse leiding van de Raad zou hebben.⁶⁷ De minister handhaafde zijn voorstel een groot aantal buitengewone leden te benoemen. Zij zouden 'eene veelzijdige beschouwing der hygienische vraagstukken' moeten waarborgen.

Wegens de uitbreiding van de Centrale Gezondheidsraad en het inspectie-apparaat moest Borgesius f 36.000 meer uittrekken voor het Staatstoezicht dan hij oorspronkelijk had begroot. Daarbij inbegrepen was een verhoging van het salaris van de voorzitter van de Raad met f 500, tot f 5000 per jaar.⁶⁸

De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling en de Vereeniging van Burgerlijke Ingenieurs konden volgens Menno Huizinga tevreden zijn met het gewijzigde wetsontwerp. Er was immers aan hun wens tegemoetgekomen om de algemene inspecteurs niet van het toneel te laten verdwijnen, het aantal en de taken van de gezondheidscommissies te beperken en de Centrale Gezondheidsraad te vergroten.⁶⁹

Het Tweede-Kamerdebat over de ontwerp-Gezondheidswet vond plaats op 14 maart 1901. De voorstellen van minister Borgesius werden niet alleen door de liberalen, maar ook door de rechtse oppositie omarmd. De woordvoerder van de Anti-Revolutionaire Partij (ARP), A. Kuyper (1837-1920), wees op het recht en de plicht van de overheid de volksgezondheid te bevorderen. De nieuwe wettelijke spelregels boden volgens hem hiertoe meer dan ooit de gelegenheid. In de ogen van de oppositieleider zouden de burgers zich in het belang van de volksgezondheid een zekere beperking van hun 'persoonlijke vrijheid moeten laten welgevalen'. De inperking van de 'machtspositie' van de artsen was voor Kuyper een van de zegeningen van het wetsontwerp:

'De volksgezondheid eischt metterdaad een algemeen toezicht, maar dit Staatstoezicht op de volksgezondheid kan alleen dan krachtig doorwerken, indien het gedragen wordt door de

sympathie van het goedgezinde deel der burgerij, en zoolang nu dit Staatstoezicht was in handen van de geneeskundigen, kon het *die* sympathie nooit ten volle verwerven. Geneeskundigen zijn eenmaal uitteraard nog in sterker zin dan de sterkste clericaal autoritaire personen. Ze zijn gewoon in de ziekenkamer nog grooter lijdelijke gehoorzaamheid te vergen dan door den strafsten militair in de kazerne wordt afgeëischt. Veelal zijn zij zelfs niet geneigd om over het ziektegeval een woord los te laten; veelal denken zij bij zich zelve en nooit hard op en geven dan een recept, geschreven in een voor de meesten onverstaanbare taal en met een voor de meesten onleesbare hand. (...) Daarom verheugt het mij ten zeerste, dat de Regeering voorstelt om nu ook ingenieurs, architecten, chemici enz. te laten optreden, natuurlijk *met* de heeren medici, en dat zoo het exclusief-medisch karakter aan dit toezicht wordt ontnomen.'

Borgesius bestreed de opvatting van Kuyper dat 'autoritair optreden beschouwd moet worden als een standsgebrek, bij uitstek aan medici eigen. (...) Niet alleen onder medici maar in elken rang en stand en in alle betrekkingen vindt men mannen, wien autoritair optreden in het bloed zit', aldus de minister. Hij betoogde 'dat de hoofdrede waarom het toezicht op de volksgezondheid niet uitsluitend mag worden gesteld in handen van geneeskundigen' een geheel andere is, namelijk 'dat uit den aard der zaak bij een regeling zoals die nu bestaat, de adviezen en rapporten eenzijdig moeten zijn, terwijl juist aan veelzijdige beschouwing van dit zoo hoogst gewichtig volksbelang groote behoefte bestaat'.⁷⁰

Afgezien van deze woordenwisseling was het een tam debat, omdat het wetsontwerp al uitvoerig schriftelijk was becommentarieerd en ook wegens de kamerbrede steun. De Tweede Kamer aanvaardde de Gezondheidswet zonder hoofdelijke stemming op 20 maart 1901⁷¹ en de Eerste Kamer volgde na een kort debat op 18 juni.⁷² De Gezondheidswet werd afgekondigd op 21 juni 1901 (*Stb.* 157).⁷³ Bij K.B. van 23 juni 1902 (*Stb.* 120) werd bepaald dat de wet op 1 augustus 1902 in werking zou treden.

Voor het zo ver was, moesten eerst nog enkele uitvoeringsbesluiten worden opgesteld. Borgesius kon hiervoor niet meer de verantwoordelijkheid dragen, omdat de liberalen in augustus 1901 een forse verkiezingsnederlaag leden. Het nieuwe, confessionele kabinet stond onder leiding van voormalig oppositieleider Kuyper. Hij moest als minister van Binnenlandse Zaken bepalen wie in de Centrale Gezondheidsraad zitting zou nemen en verder moest hij beslissen over het aantal te benoemen (hoofd)inspecteurs.

3 ADVISEREN EN BESTUREN: 1902-1920

‘Toch had de oogst groter, het succes meer kunnen en ook moeten zijn. De oorzaak daarvan ligt nòch in de wettelijke organisatie, nòch in gemis aan werkkraft, nòch in het ontbreken van voorlichting van de meest-eminente mannen op wetenschappelijk gebied, maar aan geheel andere oorzaken, welke ik thans niet verder wil opsporen; maar waarvan ik de opsporing en aanduiding aan den geschiedschrijver, die eenmaal de geschiedenis der geneeskunde in de 20e eeuw in Nederland beschrijven zal, overlaat; die zeker niet in gebreke zal blijven de oorzaken aan te toonen, die gedurende deze acht jaren de arbeid van den Raad hebben bemoeilijkt en belet hebben.’¹

W.P. Ruysch, 1910.

3.1 DE ORGANISATIE

3.1.1 Samenstelling

In het vorige hoofdstuk kwam ter sprake dat Goeman Borgesius de uitvoering van ‘zijn’ Gezondheidswet moest overlaten aan zijn opvolger en politieke aartsrivaal Kuiper. De antirevolutionaire regeringsleider kreeg tot taak de leden van de Centrale Gezondheidsraad te benoemen en het aantal te vormen hoofdinspecties te bepalen.

Voor het voorzitterschap van de Centrale Gezondheidsraad leek Ruysch de aangewezen figuur. Hij had aan de wieg gestaan van de Gezondheidswet, behoorde tot de meest invloedrijke hygiënist en had in tal van organisaties zijn bestuurlijke kwaliteiten getoond. Bovendien was Ruysch jarenlang adviseur geweest van het departement, waar hij ervaring had opgedaan met politieke besluitvorming. Minister Kuiper besloot echter Ruysch tot hoofdinspecteur te benoemen. Voor het voorzitterschap liet de bewindsman zijn oog vallen op generaal-majoor J.T.T.C. van Dam van Isselt, die werd geroemd om zijn leidinggevende capaciteiten, maar die nauwelijks ervaring had met vraagstukken op het terrein van de volksgezondheid.

Jacob Thomas Theodoor Carel van Dam van Isselt (1842-1916) werd in Amersfoort geboren als zoon van de president van de aldaar gevestigde arrondissementsrechtbank.² Zijn militaire loopbaan begon op 15-jarige leeftijd, toen hij zich als kadet liet inschrijven bij de Koninklijke Militaire Academie in Breda. Zijn eerste belangrijke benoeming was die tot tweede luitenant bij de infanterie in 1861. Van Dam van Isselt wijdde zich vooral aan het militaire onderwijs. Zo was hij jarenlang hoofd van de militair-wetenschappelijke opleiding bij het Instructiebataljon in Kampen en drong hij in publikaties en redevoeringen aan op reorganisatie van het militair onderwijs.³ Daarnaast verwierf Van Dam van Isselt zich bekendheid door zijn pleidooi voor oprichting van een Reservekader, dat moest bestaan uit burgers met een korte militaire opleiding die in tijden van spanning of oorlog konden worden opgeroepen. Toen het Reservekader in 1893 tot stand kwam, werd hij hoofdofficier van dit legeronderdeel.⁴ Vijf jaar later werd hij gouverneur van de Koninklijke Militaire Academie. In 1900 volgde de kroon op zijn militaire carrière, toen hij werd bevorderd tot generaal-majoor en inspecteur van het militair onderwijs.

De politiek ongebonden Van Dam van Isselt genoot zowel binnen als buiten het leger groot aanzien. In 1901 opende zich het perspectief van een politieke loopbaan, toen de links-liberale premier Pierson hem vroeg minister van Oorlog te worden, maar de generaal-majoor wees het aanbod van de hand.⁵ Kort daarna raakte hij door een val van zijn paard ernstig gehandicapt en moest hij zich met een wagentje voortbewegen. Daarmee kwam noodgedwongen een eind aan zijn militair dienstverband. Hij nam per 1 augustus 1902 eervol ontslag⁶ en op dezelfde dag trad hij aan bij de Centrale Gezondheidsraad.⁷

Tot secretaris-lid werd Johannes Wilhelmus Jenny Weijerman (1868-1931) benoemd.⁸ Deze zoon van een Haarlemse onderwijzer haalde in 1890 zijn artsexamen en opende een praktijk in Serooskerke. Op 25-

jarige leeftijd volgde zijn benoeming tot bacterioloog-geneesheer bij de zojuist opgerichte Gemeentelijke Gezondheidsdienst van Amsterdam, een functie die hij tot zijn aantreden bij de Centrale Gezondheidsraad zou uitoefenen. In 1895 promoveerde Weijerman op het proefschrift: *De klinische beteekenis van het trechterbekken*. Vier jaar later behaalde hij ook het doctoraat in de staatswetenschappen (rechten) met een dissertatie over het woningtoezicht. Weijerman specialiseerde zich geleidelijk in de waterhuishouding. Zo gaf hij de stoot tot de aanleg van een waterleiding in Zuid-Beveland en in Noordwest-Brabant. In zijn laatste levensjaren kreeg hij van de minister van Koloniën de taak een waterleiding in Suriname aan te leggen. Weijerman was lid van het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling en behoorde tot de zogenoemde radicaal-hygiënisten.

De Centrale Gezondheidsraad ging aan de slag op 1 augustus 1902. De Gezondheidswet schreef voor dat de Raad uit zeven leden moest bestaan. Naast de voorzitter en de secretaris hadden ook de hoofdinspecteurs recht op een zetel in de Raad. Goeman Borgesius dacht aan drie hoofdinspecties, maar Kuyper vond dat te krap bemeten en benoemde vier hoofdinspecteurs. Daarmee kregen zij de meerderheid in de Centrale Gezondheidsraad. In feite betekende dat een doorbreking van de hiërarchische structuur van de Gezondheidswet, omdat de hoofdinspecteurs nu de mogelijkheid kregen zichzelf te controleren. Uit het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken dat dit besluit van Kuyper, dat nauwelijks kritiek ondervond, de bron zou vormen van tal van conflicten in de Raad.

Behalve Ruysch, die de provincies Zuid-Holland en Zeeland onder zijn beheer kreeg, benoemde Kuyper nog twee inspecteurs van de volksgezondheid tot hoofdinspecteur: Charles Henri Ali Cohen (1859-1913), met als ambtsgebied de provincies Utrecht en Noord-Holland, en Marie Willem Pijnappel (1854-1921), die werd belast met de zorg voor de volksgezondheid in de provincies Friesland, Groningen, Drenthe en Overijssel.

Cohen, de zoon van de gerenommeerde hygiënist Levy Ali Cohen (1817-1889), werkte sinds 1893 als inspecteur bij het Staatstoezicht. In 1909 maakte hij de overstap naar het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid, waar hij tot directeur werd benoemd. Cohen maakte van 1908 tot 1911 deel uit van het dagelijks bestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Pijnappel begon zijn loopbaan als huisarts in Amsterdam en trad in 1897 als inspecteur bij het Staatstoezicht in dienst. Hij was lid van het dagelijks bestuur van de Maatschappij in de jaren 1899-1901 en 1904-1906, en werd in 1900 en 1906 gekozen tot voorzitter. Voorts bekleedde hij bestuursfuncties in het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling en de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose. Pijnappel publiceerde bijna wekelijks hygiënistische brieven in het *Algemeen Handelsblad* en was mede-oprichter en twintig jaar lang redacteur van het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne*. In de jaren 1899-1905 zat hij namens de Liberale Unie in de gemeenteraad van Zwolle.

Het viertal hoofdinspecteurs werd gecompleteerd door de onder hygiënisten vrij onbekende Petrus Martinus Josephus Maria Eduardus Woltering (1863-1915), die de provincies Gelderland, Noord-Brabant en Limburg onder zijn hoede kreeg. Deze apotheker uit Den Bosch werd in 1897 docent aan de Rijksveeartsenijschool te Utrecht. Hij had in de jaren 1895-1897 en 1910-1915 namens een rooms-katholieke kiesvereniging zitting in de gemeenteraad van Den Bosch.

Het zevende lid van de Centrale Gezondheidsraad was ingenieur W. de Man (1853-1928). Deze oud-medewerker van de Nederlandse Spoorwegen kreeg de portefeuille 'techniek'.

De gewone leden konden rekenen op de steun van enkele tientallen buitengewone leden. Behalve deskundigen op het terrein van de volksgezondheid⁹ betrof het ingenieurs, architecten, bouwkundigen, apothekers, fabrikanten, burgemeesters en politici. Onder hen bevond zich oud-minister Goeman Borgesius. Deze veelzijdige samenstelling van de Raad strookte met de Gezondheidswet en de wens van de radicaal-hygiënisten.

Het salaris dat Kuyper de gewone leden toekende was f 4500 voor de voorzitter en f 4000 voor de overige leden.¹⁰ Dit bedrag kon worden verhoogd met een persoonlijke toelage van f 500. Al voordat openbaar was wie de gewone leden zouden worden, erkende Kuyper dat de salarissen noodgedwongen te laag waren om topdeskundigen voor het lidmaatschap van de Raad te interesseren:

'Doctoren, architecten, civiel-ingenieurs en advocaten van de hoogste orde winnen in de maatschappij lang niet zoo zeldzaam jaarlijks het dubbele bedrag, sommigen het drievoud ervan en meer. Wel belooft de maximum-jaarwedde van een hoogleraar slechts f 6000, maar een talent

van den eersten rang, dat zich niet op de praktijk, maar op de studie richt, zou, zelfs al kon hij er gedeeltelijk zijne positie door verbeteren, het ambt van hoogleraar niet voor het lidmaatschap van den gezondheidsraad varen laten.'

In de Tweede Kamer gingen stemmen op om de salarissen te verhogen. De betrokken politici vonden dat 'de beste en allereerste krachten' in de nieuw te organiseren dienst moesten worden opgenomen, 'omdat van de samenstelling van den centralen gezondheidsraad bijna geheel zal afhangen of de Gezondheidswet zal beantwoorden aan de op haar gebouwde verwachtingen en of het nieuwe Staatstoezicht zal worden tot een levende kracht'. De minister hield vol dat de schatkist het niet toeliet 'de mannen van eersten rang uit hun tegenwoordige positie los te breken'.¹¹

In december 1904 keerde de samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad terug op de agenda van de Tweede Kamer, toen H.H. van Kol (1852-1925), afgevaardigde van de Sociaal Democratische Arbeiderspartij (SDAP), de deskundigheid van Van Dam van Isselt en 'technisch lid' De Man in twijfel trok:

'De voorzitter, die behoorde te zijn een hygiënist van naam, ervaring en praktijk, is een eervol ontslagen generaal-majoor van den grooten staf. Het technische lid, dat behoorde te zijn een man, doorkneed in de technische hygiëne, is een voormalig Rijksingenieur bij de spoorwegen. Dat die man zelf gevoelt nog niet voldoende wetenschap voor die taak te bezitten, blijkt hieruit, dat hij te Utrecht de elementaire colleges over hygiëne nog altijd volgt. Een man dus, die nog colleges op hygiënisch gebied volgt, moet adviezen geven op het gebied van de technische hygiëne. (...) Uit deze feiten volgt, dat de vrees niet ijdel is, dat deze heeren absoluut niet de waarborgen geven, dat alle leden van den Centralen Gezondheidsraad de noodige geschiktheid bezitten voor de hun opgedragen taak.'

Kuyper vond de kritiek voorbarig, maar erkende wel dat hij voor sommige posities in de Centrale Gezondheidsraad genoeg had moeten nemen met hygiënisten die 'niet behooren tot hen die in ons land bovenaan staan'. De 'hygiënisten van den eersten rang' hadden deze functies niet geambieerd, maar zij namen wel een voornamelijk positie in onder de buitengewone leden van de Raad.¹²

De samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad veranderde pas op 1 juli 1909, toen Cohen vertrok naar het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid.¹³ Hoewel hij aanbleef als buitengewoon lid, betekende zijn overstap een groot verlies. Dit niet alleen vanwege zijn jarenlange ervaring als (hoofd)inspecteur, maar ook omdat minister Th. Heemskerk (1852-1932), de zoon van de eerder genoemde bewindsman, voorlopig niet in de vacature voorzag. Zijn besluit Ruysch tot waarnemend hoofdinspecteur van de provincies Noord-Holland en Utrecht te benoemen had tot gevolg dat de Raad formeel slechts zes leden telde. Een ander, minder ongunstig, gevolg was dat de hoofdinspecteurs hun meerderheidspositie verloren.

Op 1 januari 1913 veranderde de samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad aanzienlijk. Van Dam van Isselt ging met pensioen en de 65-jarige Ruysch werd alsnog voorzitter van de Raad.¹⁴ Als hoofdinspecteur werd Ruysch opgevolgd door Thomas Geert den Houter (1865-1927), een geneeskundig inspecteur die sinds 1904 aan het Staatstoezicht verbonden was. Den Houter, een voormalig huisarts uit Maassluis, was actief in de protestants-christelijke emancipatiebeweging. Hij pleitte voor oprichting van een medische faculteit aan de Vrije Universiteit en behoorde in 1896 tot de oprichters van de Christelijke Vereniging van Natuur- en Geneeskundigen in Nederland. In 1917 vertrok Den Houter voor korte tijd naar Curaçao om daar een gezondheidsdienst op te zetten.

Verder werd Weijerman per 1 januari 1913 ontheven van zijn functie als secretaris. Wel bleef hij lid van de Raad. Als secretaris-lid werd de jurist Jhr. Hubert Alexander Maurits van Asch van Wijck (1879-1947) aangetrokken,¹⁵ die als adjunct-commies bij het departement van Binnenlandse Zaken had gewerkt. Hij werd geroemd om zijn administratieve kwaliteiten; een band met de 'hygiënische wereld' had hij niet. Van Asch van Wijck, aangesloten bij de ARP, was in de jaren dertig wethouder in Doorn en lid van de Eerste Kamer. Met inbegrip van een nieuwe voorzitter en secretaris bestond de Raad nu weer uit zeven personen, met de hoofdinspecteurs voor het eerst in de minderheid.

De Centrale Gezondheidsraad leed in 1915 een gevoelig verlies, toen hoofdinspecteur Woltering op 52-jarige leeftijd overleed. Onder zijn leiding was met vrucht gestreden voor verbetering van de volkshuisvesting, de drinkwatervoorziening en de genees- en verloskundige hulp op het platteland in de

zuidelijke provincies. Ook had hij de mijnwormziekte in Limburg helpen bedwingen. Woltering werd opgevolgd door Joannes Christianus Ignatius van der Hagen (1857-1918). Deze voormalige eerste geneesheer van het krankzinnigengesticht Reinier van Arkel in Den Bosch was sinds 1902 geneeskundig inspecteur onder Woltering. Hij overleed in 1918 en in zijn voetsporen trad Richard Nicolaas Maria Eijkel (1873-1961), een voormalig huisarts uit Didam, die sinds 1913 de functie van geneeskundig inspecteur bekleedde. In het interbellum werd Eijkel belast met de leiding van de tuberculosebestrijding en de geneeskundige inspectie.

Op 1 januari 1918 ging Ruysch met pensioen. Hij werd opgevolgd door Nicolaas Marinus Josephus Jitta (1858-1940),¹⁶ wiens naam vooral verbonden is met de latere Gezondheidsraad, waarvan hij bijna twintig jaar voorzitter zou zijn.¹⁷

Toen de Centrale Gezondheidsraad op 1 september 1920 weinig eervol het veld ruimde, waren nog drie personen van het door Kuiper gevormde gezelschap over: Pijnappel, Weijerman en De Man. Van Dam van Isselt, Cohen, Woltering en Ruysch waren overleden. Laatstgenoemde, die enkele weken voor genoemde datum stierf, wist evenwel dat het orgaan waarvan hij een van de grondleggers was in andere vorm zou voortbestaan.

3.1.2 Het ambtskostuum

Minister Kuiper stelde de leden van de Centrale Gezondheidsraad en de inspecteurs van de volksgezondheid in de gelegenheid een bij hun ambt passend galakostuum aan te schaffen. Maar de bewindsman sprak zijn veto uit over het door de Raad voorgestelde kostuum:

‘Vooreerst mag betwijfeld worden, of een liggende kraag, in tegenstelling met den gebruikelijken staanden kraag, wel eigenaardig behoort tot een galacostuum. Voorts schijnt de combinatie van een blauw zijden borduursel met een gouden rand minder goed gedacht en ware, bij behoud van blauw, zilver te verkiezen. Eigenlijk passen de in het goud geborduurde aesculapen alleen bij de kleedij van geneeskundigen. Hier zouden zij in strijd komen met de juiste opvatting van den werkring van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid die, in afwijking van het geneeskundig Staatstoezicht, alle hygiënische belangen omvat.’¹⁸

Het uiteindelijk in 1903 gekozen ambtskostuum¹⁹ droeg de sporen van de hiërarchische structuur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid: de versierselen op de donkergroene lakense rok van de inspecteurs waren minder in getal dan die op de kostuums van de leden van de Centrale Gezondheidsraad. De steek van de inspecteurs was versierd met zwarte veren, die van de leden van de Raad met witte zwanenveren en twee gouden troetels²⁰ met oranje binnenwerk.²¹

Het ambtskostuum weerspiegelde het vertrouwen dat het kabinet-Kuiper in het Staatstoezicht op de Volksgezondheid stelde. De ambtenaren van deze overheidsdienst droegen een zware verantwoordelijkheid. Daar stond prestige tegenover, dat door een voornaam kostuum werd vergroot.

3.1.3 Huisvesting

De Centrale Gezondheidsraad zetelde, conform de Gezondheidswet, in Utrecht. In afwachting van een definitief verblijf betrok de Raad Villa Nieuweroord, gelegen in het park Nieuweroord aan de Catharijnesingel. Dit park, een voormalige theetuin, bevond zich op loopafstand van het Centraal Station. De villa diende voor de vergaderingen van de Raad en bood ruimte aan het secretariaat, de bibliotheek en de werkkamers van de voorzitter, de secretaris en het ‘technisch lid’.²² De hoofdinspecteurs hielden kantoor aan eigen huis, met uitzondering van Ruysch en zijn opvolger Den Houter, die over enkele lokalen beschikten in het gebouw van de Haagse afdeling van het Nederlandsche Roode Kruis.²³

De met de gemeente Utrecht afgesloten huurovereenkomst voor de villa zou aflopen op 1 mei 1905. De bedoeling was dat de Raad vóór die tijd de beschikking zou krijgen over een eigen gebouw met laboratorium, dat in het centrum van Utrecht moest worden gebouwd. De onderhandelingen over het nieuwe complex liepen echter zo stroef, dat de Raad noodgedwongen langer in de kleine villa bleef. Pas in april 1910 verhuisde de Raad naar het nieuwe gebouw Sterrenbosch, dat eveneens aan de

Catharijnesingel lag. In dit pand kreeg ook het onafhankelijke Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid onderdak.²⁴

3.1.4 Werkwijze

Behalve de Gezondheidswet bevatte ook het K.B. van 27 mei 1902 (*Stb.* 77) en een daaruit voortvloeiend voorlopig reglement van orde, dat door de leden in augustus 1902 was opgesteld,²⁵ regels voor de werkwijze van de Centrale Gezondheidsraad. De belangrijkste bepaling luidde dat besluiten alleen genomen konden worden door de gewone leden, die ook het recht kregen een minderheidsrapport bij de minister in te dienen.²⁶ De buitengewone leden namen met een raadgevende stem aan de vergaderingen deel;²⁷ zij ontvingen daarvoor vacatiegeld en een vergoeding voor de gemaakte reis- en verblijfkosten.²⁸ De voorzitter kon bij afwezigheid van een gewoon lid een buitengewoon lid tot plaatsvervanger benoemen. Omdat dit bij iedere absentie gebeurde, namen altijd zeven stemgerechtigde leden aan de vergaderingen deel, ook in de jaren 1909-1913, toen de Raad een permanente vacature kende.²⁹

De meeste adviezen van de Raad werden voorbereid door commissies, ingesteld door de voorzitter of de Raad. In deze 'commissies van pre-advies', die uit hun midden een voorzitter kozen, zaten ongeveer evenveel gewone als buitengewone leden. De commissies mochten de hulp inroepen van deskundige niet-leden. Het aantal commissies bedroeg gemiddeld veertig per jaar. Door wijziging van het reglement van orde kreeg de voorzitter in 1913 de mogelijkheid vaste commissies in te stellen, die hem en de secretaris moesten bijstaan.³⁰

De dagelijkse leiding van de Raad berustte bij de voorzitter en de secretaris.³¹ Dit dualisme werkte niet bevredigend en leidde tot vertraging in de afhandeling van tal van zaken. In het najaar van 1906 greep de Raad de discussie over een nieuw reglement van orde aan om aan te dringen op wijziging van het K.B. van 27 mei 1902. De Raad meende unaniem dat de voorzitter meer bevoegdheden moest krijgen. Bij een meningsverschil in het dagelijks bestuur moest zijn stem de doorslag geven en ook diende hij de algemene leiding van de Raad te krijgen. Minister P. Rink (1851-1941) wees de voorstellen af; hij vond ze buiten de orde en in strijd met de Gezondheidswet.³² De bepalingen uit 1902 bleven tot 1920 van kracht.

3.1.5 Secretariaat

Het aantal ambtenaren en bedienden van de Centrale Gezondheidsraad bedroeg gemiddeld veertien. Onder hen bevonden zich (adjunct-)commiezen, klerken, een bode, een conciërge, een knecht, een stoker, en tot 1912 vier personen die aan de Rijksproefinstallatie voor biologische zuivering van afvalwater in Tilburg werkten.³³ In bijna ieder jaarverslag klaagde de Raad tevergeefs over het tekort aan personeel. Het ontbrak vooral aan juridische deskundigheid, waardoor de Raad aan de verschillende verzoeken van de minister om wetsontwerpen op te stellen niet op korte termijn kon voldoen.

De Gezondheidswet bepaalde dat de ambtenaren en bedienden 'onder den raad' werkzaam waren. Het K.B. van 27 mei 1902 droeg het college op instructies op te stellen voor het personeel, en het beheer en het gebruik van het archief en de bibliotheek te regelen. De instructies verschenen in 1904 en bevatten tal van richtlijnen waaraan het personeel zich moest houden. De medewerkers stonden onder 'de bevelen' van de voorzitter en de secretaris, behalve 'indien en voor zoover zij door den Raad ter beschikking van anderen gesteld' waren, bijvoorbeeld een ander lid van de Raad of een commissie. Deze bepaling zou tot grote problemen leiden, zoals nog zal blijken.³⁴

Pas in 1907 voldeed de Raad aan de opdracht regels vast te stellen voor het archief en de bibliotheek. In het nieuwe reglement van orde werd aan de secretaris de zorg voor het archief, en aan een door de Raad benoemd buitengewoon lid het toezicht op en de zorg voor de bibliotheek toevertrouwd.³⁵ De laatste wachtte een zware taak, omdat met de inventarisatie van het door de inspecteurs en de geneeskundige raden aan de Raad overgedragen materiaal nog nauwelijks was begonnen.

Deze voorschriften werden bij K.B. van 28 februari 1913 (*Stb.* 78) opgeheven, toen de wetgever besloot de secretaris, 'in overleg met den voorzitter en behoudens zijne verantwoordelijkheid aan den

Raad', te belasten met het beheer van het personeel, het gebouw, het archief en de bibliotheek.³⁶ In een nieuw reglement van orde, vastgesteld in mei 1913, droeg de Raad het toezicht op de geldmiddelen op aan de voorzitter.

3.1.6 Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid

De 130 gezondheidscommissies vormden de kern van het Staatstoezicht.³⁷ Zij moesten de plaatselijke autoriteiten opwekken maatregelen te nemen op het vlak van de volksgezondheid en de naleving van de Woningwet controleren. De Centrale Gezondheidsraad besteedde veel aandacht aan de samenstelling van deze organen. De Raad beoordeelde de voordrachten van de gemeentebesturen en lette er nauwgezet op dat in de commissies verschillende disciplines vertegenwoordigd waren. Deze opstelling had succes, want in vrijwel iedere commissie zaten, behalve artsen, ook architecten, bouwkundigen, juristen en apothekers. Voorts bevonden zich geregeld ook geestelijken, onderwijzers, boeren, fabrikanten, werklieden, ambtenaren, veeartsen en burgemeesters onder de leden.³⁸

In de jaarverslagen van het Staatstoezicht werd de loftrompet gestoken over de gezondheidscommissies. Door hun noeste arbeid verbeterde in de loop van de periode de samenwerking met de gemeentebesturen. De plaatselijke gezagdragers volgden, zover als in hun vermogen lag, steeds vaker de aanbevelingen van de commissies op. Daarnaast kreeg het Staatstoezicht de steun van particuliere organisaties, die zich gingen inzetten voor de verbetering van de volksgezondheid.

Het toezicht op de gezondheidscommissies berustte bij de hoofdinspecteurs. Door geregeld de vergaderingen te bezoeken en bijeenkomsten te beleggen met de voorzitters van de commissies slaagden de hoofdinspecteurs erin eenheid te brengen in het plaatselijke Staatstoezicht. Het feit dat zij aan het hoofd stonden van de in hun ambtsgebied werkzame inspecteurs droeg daaraan ook bij. De zelfstandigheid van de inspecteurs was beperkt;³⁹ rechtstreeks contact met de regering was in principe niet mogelijk. Voor de bewindslieden was dat een doorn in het oog. Zij hadden in noodsituaties behoefte aan informatie uit de eerste hand en wendden zich herhaaldelijk, buiten medeweten van de Raad en de hoofdinspecteurs, tot de inspecteurs. Het gevolg was dat de inspecteurs met elkaar in contact traden en zo de basis legden voor de vak-inspectie.⁴⁰

Een van de eerste keren dat een minister de Centrale Gezondheidsraad buitenspel zette was in 1909, toen in Nederland cholera de kop opstak. Snel en doeltreffend optreden was noodzakelijk om de ziekte, die vooral in Rotterdam had toegeslagen, in de kiem te smoren. Minister Heemskerk besloot op eigen gezag maatregelen te nemen. Zo verzocht hij de geneeskundig inspecteurs toe te zien op de hygiëne op de schepen. De Centrale Gezondheidsraad reageerde gepikeerd en verzocht de bewindsman een overzicht te geven van de genomen besluiten. Pas daarna zou de Raad zelf voorstellen kunnen doen. De minister vond deze opstelling laakbaar, omdat niet procedures, maar mensenlevens in het geding waren:

‘Wat onder deze omstandigheden Uw Raad aanleiding geeft om te schrijven dat de centrale leiding bij Uw Raad moet berusten, is my niet duidelijk.’⁴¹

Uit het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken dat de verstandhouding tussen minister Heemskerk en de Raad ook in andere opzichten veel te wensen overliet.

3.1.7 Het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid

De Centrale Gezondheidsraad besteedde veel tijd aan het maken en beoordelen van plannen voor een laboratorium, dat door de regering in het vooruitzicht was gesteld. De Raad trad in overleg met de Rijksbouwkundige over de plaats, de omvang, de kosten, en de inrichting van het complex. Uiteindelijk besloot minister Rink in 1907 definitief tot oprichting van een laboratorium. Nog in hetzelfde jaar werd met de aanbesteding van het gebouw begonnen.⁴²

Voor de Raad was het nu zaak zich te buigen over de structuur en de leiding van het laboratorium. Een krappe meerderheid van de leden adviseerde de minister twee directeurs aan te stellen, als hoofden van een biologische en een chemisch-farmaceutische afdeling. Een minderheid zag meer heil in benoeming van één directeur en één onderdirecteur. Het college was ook verdeeld over de vraag of de directeurs

gewoon of buitengewoon lid van de Raad moesten worden.⁴³ Rink besloot voorlopig één directeur te benoemen en hij vroeg de Raad een kandidaat voor te dragen. De keuze viel op de bacterioloog Christiaan Wouter Broers (1868-1922).

De strijd van de Centrale Gezondheidsraad voor een eigen laboratorium leek dus vruchten te gaan afwerpen, maar het tij keerde. De nieuwe minister Heemskerk, die in februari 1908 aantrad, had zo zijn eigen ideeën over het laboratorium. Hij wilde het onderzoeksinstituut niet onder het beheer van de Raad, maar ter beschikking van 'deskundigen' stellen, waarbij hij in de eerste plaats dacht aan de hoofdinspecteurs, die uit de Raad zouden moeten verdwijnen. Volgens Heemskerk was het de taak van het college 'het materiaal, dat de deskundigen verschaffen, te benutten en te vormen voor zijn adviezen aan de Regeering, waarbij het zich dan niet op deskundig, maar op bestuurs-standpunt heeft te stellen'.⁴⁴

De Raad wees de plannen af en stelde dat hij 'als hoogste deskundig lichaam, het laboratorium tot zijn dienst moet hebben'. Verder drong het college aan op spoedige aanstelling van een directeur.⁴⁵ De minister had naar dat laatste wel oren, maar de gezondheidstoestand van Broers was dermate slecht, dat benoeming onverantwoord leek. Aangezien de bouw van het laboratorium snel vorderde, besloot de bewindsman begin 1909 een andere directeur te zoeken. Zijn keuze viel op een lid van de Raad: hoofdinspecteur Ali Cohen.⁴⁶

Daarmee had de Raad het pleit niet gewonnen, want na overleg met Cohen besloot Heemskerk het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid 'onder de bevelen van Onzen Minister van Binnenlandsche Zaken' te plaatsen.⁴⁷ De Centrale Gezondheidsraad kreeg dus geen zeggenschap over het onderzoeksinstituut. Hij kon, net als de andere organen van het Staatstoezicht, bij de directeur een verzoek indienen voor het doen van een onderzoek. Bij de uitwerking van de regels moest de Raad een nieuwe nederlaag incasseren: zijn wens om van alle onderzoeken in het Laboratorium op de hoogte te worden gesteld, werd niet gehonoreerd. Cohen, daarin gesteund door de minister, gaf het Laboratorium een onafhankelijke positie.⁴⁸

Het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid, dat gehuisvest werd in Sterrenbosch, opende op 2 mei 1910 zijn deuren. Ook de Raad nam zijn intrek in Sterrenbosch. De verhouding tussen de twee bewoners van het pand was zeer slecht. De Raad voelde zich verraden door Cohen en stak dit niet onder stoelen of banken. Tot het overlijden van de directeur in 1913 bleef de sfeer vijandig, maar daarna verbeterde de relatie snel.

3.1.8 Interne conflicten

Ook de verstandhouding tussen de leden van de Centrale Gezondheidsraad onderling liet te wensen over. Het feit dat de hoofdinspecteurs lange tijd in de meerderheid waren en ook de vraag wie over het secretariaat de zeggenschap had leidden tot felle discussies, die niet binnenskamers bleven. De gestoorde verhoudingen zorgden ervoor dat de Raad als een traag opererend lichaam door het leven ging.

Het eerste grote conflict dat in de openbaarheid kwam, betrof de in 1904 vastgestelde instructies voor de medewerkers van het secretariaat. Volgens deze bepalingen kon de Raad personeel onder het gezag plaatsen van commissies of leden. Dit tot woede van secretaris Weijerman, die vond dat alleen de Raad zelf leiding mocht geven aan het secretariaat. Hij nam de pen ter hand en schreef minister Kuyper dat het besluit in strijd was met de Gezondheidswet en bovendien de hoofdinspecteurs ertoe kon brengen personeel in te zetten voor werk buiten de Raad.⁴⁹ Verder wees hij op een lang bestaand 'diepgaand verschil in gevoelens, tusschen de leden van den Raad onderling, over den werkkring van den Raad en ieders taak daarin'.⁵⁰

De brief van Weijerman werd door Kuyper voor advies voorgelegd aan de Centrale Gezondheidsraad. Zo werd bekend dat de secretaris zich buiten medeweten van de overige leden tot de bewindsman had gericht. De Raad wilde vasthouden aan de bepalingen. De dagelijkse leiding berustte bij de voorzitter en de secretaris en dat zou ook in de toekomst zo moeten blijven. Alleen in uitzonderingsgevallen zouden ambtenaren ter beschikking worden gesteld aan leden of commissies. De Raad vroeg de minister Weijerman erop te wijzen, 'dat hij zich ten aanzien der door hem bedoelde onderwerpen naar de door den Raad daaromtrent vastgestelde instructiën heeft te gedragen'. Aldus geschiedde in een brief aan de Raad op 23 november 1904, waarin Kuyper het advies onderschreef.⁵¹

Het standpunt van Weijerman hield verband met zijn kritiek op de meerderheidspositie van de hoofdinspecteurs in de Raad. Hij was niet de enige die er zo over dacht. Buitengewoon lid en directeur van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst in Amsterdam Menno Huizinga sprak weliswaar in 1904 zijn waardering uit voor het werk van de Raad, maar signaleerde tegelijkertijd problemen die hem deden 'vreezen dat eene reeds waargenomen uiterst schaarsche vorming van bloesem als voorspelling van schralen oogst moet worden aangemerkt'. Hij doelde niet alleen op het gebrek aan geld en personeel van de Raad, maar ook op de meerderheidspositie van de hoofdinspecteurs. Die brachten onderwerpen in de Raad ter sprake die daar eigenlijk niet thuishoorden. Dat leidde tot tijdverlies, misverstanden en gebrek aan eenheid, aldus Huizinga. Hij stelde voor de Raad uit dertien leden te laten bestaan, te weten vijf gewone leden (het dagelijks bestuur), vier hoofdinspecteurs en vier buitengewone leden, die in de bestaande opzet niet in staat waren 'hunne belangstelling levendig te houden'. Huizinga zag voor de toch al drukke secretaris geen plaats in de Raad.⁵²

Ook in de Tweede Kamer klonk kritiek over het functioneren van de Raad, onder meer omdat het jaarverslag over de tweede helft van 1902 nog steeds niet was verschenen. De Raad was overbelast, maar dat lag voor deze Tweede-Kamerleden aan de dubbele functie die de hoofdinspecteurs uitoefenden. Bovendien was het 'niet wenselijk dat de meerderheid van de Raad gevormd wordt door ambtenaren die aan het toezicht van de Raad onderworpen zijn'. Kuyper toonde begrip voor deze opvatting, maar vond het nog te vroeg om tot reorganisatie van de Raad over te gaan.⁵³

De Centrale Gezondheidsraad opende een offensief, dat werd ingezet door voorzitter Van Dam van Isselt. In september 1904 informeerde hij de minister vertrouwelijk over de gang van zaken in de Raad. Hij schreef dat 'eerst wanneer de laboratoria gereed zijn, de onmisbare ervaring verkregen en het onmisbare personeel aanwezig is, zal de Raad zijn volle vlucht kunnen nemen'. Het was volgens hem onmogelijk 'alles gelijktijdig onder handen te nemen. Een geheel departement van openbare gezondheid zou daarvoor noodig wezen', terwijl hij te maken had met een 'zeer eigenaardig' samengestelde Raad. Van Dam van Isselt concludeerde dat men tevreden moest zijn met de door de Raad onder deze omstandigheden bereikte resultaten. Wel gaf de generaal-majoor toe dat er interne strubbelingen bestonden. Weijerman zou de grote boosdoener zijn. Die spuide kritiek zonder stil te staan bij de moeilijkheden waarmee de Raad te kampen had en bovendien ontbrak het hem aan 'beleid en zelfbeheersching, maar niet aan zelfverheffing. Zijne somtijds ziekelijke tot waanzin voerende hartstochtelijkheid verduistert meermalen zijne schranderheid. Zijne nevenbedoelingen reiken meermalen verder dan zijn doorzicht. Zijn afbrekend vermogen is grooter dan zijne opbouwende kracht', aldus de voorzitter over de secretaris. Hoe slecht de verhoudingen in de Raad waren, blijkt uit de opmerking van Van Dam van Isselt 'dat alle gewone leden (...) mij om beurt met den meesten nadruk hebben verzocht om niet meer met den Heer Weijerman in eene commissie te worden benoemd. Zij zagen er tegen op om ook maar enkele uren met hem samen te werken in meer besloten kring'.⁵⁴

De voorzitter vond het onverteerbaar dat Weijerman zijn kritiek niet binnenskamers hield.⁵⁵ Ook Huizinga verweet hij te openhartig te zijn. Diens voorstellen waren volgens de generaal-majoor 'geheel ongeschikt (...) voor de praktijk'.⁵⁶ Daarin werd hij gesteund door de Raad, die de plannen van Huizinga omschreef als voorbarig, ingewikkeld, duur en ondoelmatig. Met dat laatste werd bedoeld dat een heterogeen samengestelde Raad weinig geschikt was voor 'nauwe samenwerking en gemeenschappelijk overleg'. Wel steunde het college het idee de secretaris het lidmaatschap van de Raad te ontnemen.⁵⁷

Ook na 1904 bleef er kritiek bestaan op de Centrale Gezondheidsraad. Vooral in de Tweede Kamer, waar de SDAP zich in december 1905 schamper uitliet over het uitblijven van het jaarverslag van het Staatstoezicht over 1903.⁵⁸ De te zware positie van de hoofdinspecteurs was volgens de socialisten een belangrijke oorzaak van het disfunctioneren van de Raad. Een reorganisatie moest daarom worden overwogen. Minister Rink liet weten ingenomen te zijn met de door de Raad uitgebrachte adviezen en niet van plan te zijn iets te veranderen.⁵⁹

Een jaar later werd de Raad nog harder aangevallen uit de Tweede Kamer. In het Voorlopig Verslag over de begroting voor 1907 werd gesteld 'dat wat met de instelling van den Raad werd beoogd, eenheid en centrale leiding, niet is bereikt'. Veel Tweede-Kamerleden waren ontevreden over de werkwijze van de Raad en meenden 'dat de samenstelling van dit lichaam aan de te dien aanzien ondervonden teleurstelling niet vreemd is'. Zij wezen de hoofdinspecteurs als hoofdschuldigen aan; die

zouden zelfstandig, buiten de voorzitter en secretaris om, opdrachten geven aan ambtenaren van de Raad en soms op eigen houtje adviezen uitbrengen. Daarom werd in het Verslag gepleit voor wijziging van de Gezondheidswet 'in dezen zin, dat de hoofdinspecteurs - en misschien ook de secretaris - niet meer in, maar onder den Raad werden gesteld en dat hun, althans ten deele, de bevoegdheid werd ontzegd, rechtstreeks, buiten den Raad om, adviezen te geven aan allerlei autoriteiten'. De hoofdinspecteurs moesten zich volgens de parlementariërs volledig toeleggen op inspecteren en ervan doordrongen worden 'géén regeerders maar ambtenaren te zijn'. Een enkel Kamerlid pleitte zelfs voor opheffing van de Raad.⁶⁰

Minister Rink, die de Raad prees voor het vele werk, was het niet met de aantijgingen eens. Het kwam volgens hem zelden of nooit voor dat de besluiten van de Raad gedicteerd werden door de hoofdinspecteurs. Bovendien handelden de hoofdinspecteurs nooit buiten de Raad om. Rink weigerde hen uit de Raad te zetten:

'Waren echter de hoofdinspecteurs niet meer leden van den Raad, dan zou grootendeels het gewenschte verband tusschen de onderscheidene organen van het Staatstoezicht gemist worden en zou centrale leiding veel moeilijker te verwezenlijken zijn. Juist de omstandigheid, dat de hoofdinspecteurs ten volle deelnemen aan alle handelingen van den Raad, moet hen doordringen van diens geest en bedoelingen, die zij, elk in zijn ressort, tot hun recht moeten doen komen en waarin de wetgever juist de waarborg voor de door hun gewenschte, maar niet in wetsartikelen omschreven centrale leiding en eenheid heeft gezocht.'

De suggestie om de secretaris van de ledenlijst af te voeren nam de minister in overweging, maar hij keerde zich tegen opheffing van de Raad:

'Degenen die dat denkbeeld uitspraken, schijnen zich niet voldoende rekenschap gegeven te hebben van de diensten, waartoe de Raad onafgebroken ten behoeve van de Regeering geroepen wordt en welke onmisbaar mogen worden genoemd.'⁶¹

In het plenaire debat in de Tweede Kamer op 11 december 1906 werd Rink gesteund door (oud-)buitengewone leden van de Raad, onder wie Goeman Borgesius, die in hun hoedanigheid van Kamerlid vertelden dat er van een 'samenzwering' van de hoofdinspecteurs geen sprake was. Toch schetsten vooral de socialistische en vrijzinnig-democratische fracties opnieuw een negatief beeld van de Centrale Gezondheidsraad. Een meerderheid van de Kamer wees hun pleidooi voor reorganisatie van de Raad echter af.⁶²

Het door de Tweede Kamer uitgebrachte Voorlopig Verslag bracht de Centrale Gezondheidsraad danig in beroering. Weijerman werd er door zijn collega's van beschuldigd onjuiste informatie over het doen en laten van de Raad te hebben doorspeeld aan bevriende journalisten en politici. De klachten van de parlementariërs konden volgens de Raad 'alleen berusten op de kennis van gegevens, door een onzer verschaft, met den heelen gang van zaken wel bekend, maar niet betrouwbaar in de voorstelling, die er van werd gegeven. Dat ze van den Heer Weijerman afkomstig waren, is in onze vergadering duidelijk gebleken.' De Raad stelde een bezwaarschrift tegen de secretaris op, dat op 16 november 1906 bij minister Rink werd ingediend. Daarin werd Weijerman als aanstichter omschreven van de 'lastercampagne'. Samenwerking met hem zou 'alleen met groote, moeilijk vol te houden, inspanning van krachten mogelijk' zijn, 'want niet alleen door wat nu geschied is, maar door zijne houding van den aanvang af, heeft de Heer Weijerman tweedracht gezaaid en de leden van den Raad in hun goeden naam benadeeld', aldus het college. De Raad nam ook afstand van de beschuldiging dat de hoofdinspecteurs hun meerderheidspositie misbruikten.⁶³ Enige tijd later bleek uit een onderzoek dat de Raad pas één maal een besluit had genomen dat alleen werd gesteund door de hoofdinspecteurs. Bovendien trokken zij zelden één lijn bij controversiële onderwerpen.⁶⁴

Weijerman ontkende in een uitgebreid verweerschrift alle beschuldigingen aan zijn adres. Toch haalde hij opnieuw uit naar de hoofdinspecteurs, die in de jaren 1902-1903 de zaken in de Raad zouden hebben voorbesproken. Deze 'voorvergaderingen' zouden op aandrang van Weijerman in september 1903 door Kuyper verboden zijn. Verder schreef Weijerman geen tweedracht in de Raad te willen zaaien. Integendeel, hij streefde naar helderheid om een eind te maken aan de twisten in de Raad over bevoegdheden. Tot slot wees de secretaris op de onvriendelijke sfeer in de vergaderingen:

'Voortdurend sta ik bloot aan valsche beschuldigingen. In den Raad trachten enkele leden steeds al wat ik doe verdacht te maken. Meermalen heb ik den Voorzitter gevraagd zorg te dragen, dat ik in vergaderingen niet aan beledigingen bloot stond. Het antwoord was steeds "Gij zijt zelve lid

en mans genoeg om van U af te slaan". Dat heb ik dan maar gedaan, al bleef ik daarbij steeds de meening verkondigen, dat het aldus niet in orde was.'⁶⁵

De openheid van Weijerman mocht niet baten. In april 1907 liet de Raad de minister weten dat het wantrouwen jegens de secretaris alleen maar was toegenomen. Hij was volgens het college opnieuw op leugens betrapt, zoals zijn zinspeling op 'voorvergaderingen' van de hoofdinspecteurs.⁶⁶

Weijerman had inmiddels voor nieuwe moeilijkheden gezorgd. Hij nam in maart 1907 ontslag uit het dagelijks bestuur van de onder het beheer van de Raad staande Rijksproefinstallatie voor biologische zuivering van afvalwater in Tilburg. Ook trad hij terug als rapporteur van de commissie die de resultaten van de proefnemingen in het station analyseerde. Als reden noemde hij het eigenmachtig optreden van de voorzitter van het dagelijks bestuur, hoofdinspecteur Woltering, in het bijzonder bij het verstrekken van opdrachten aan het personeel van de Rijksproefinstallatie. Bovendien verliepen de proefnemingen volgens de secretaris verre van optimaal.⁶⁷ Zijn terugtreden als rapporteur kwam op een ongelukkig moment: de jaarverslagen van 1904 en 1905 waren nog niet vastgesteld en met de opstelling van het verslag van 1906 moest nog worden begonnen. De Raad noemde het gedrag van Weijerman onverantwoord en ontsloeg hem als lid van de commissie.⁶⁸

De Raad stelde geen vertrouwen meer in de secretaris.⁶⁹ In de jaren 1907 en 1908 werd Weijerman bijna niet meer in commissies opgenomen. Het verzoek van de Raad de gestoorde verhoudingen op het departement te mogen toelichten, vond bij de bewindslieden Rink en Heemskerk geen gewillig oor. De ministers volgden, zoals nog wordt beschreven, de formele weg van reorganisatie, maar grepen niet daadwerkelijk in. Dit tot teleurstelling van de Raad, die stelde dat 'de grondoorzaak, die den goeden gang van zaken belemmert (...) weggenomen moet worden eer het doel kan worden bereikt, met de reorganisatie beoogd'.⁷⁰ Door het aanblijven van Weijerman als lid-secretaris bleef de Raad intern verdeeld.

Vanaf 1913, toen Ruysch voorzitter was geworden, Weijerman het veld had geruimd voor Van Asch van Wijck en de hoofdinspecteurs niet meer de meerderheid vormden, nam het aantal conflicten in de Raad sterk af.⁷¹ De oproep van Ruysch om het verleden te laten rusten en 'door onderlinge krachtige samenwerking den Raad' op een hoger niveau te brengen, kreeg gehoor.⁷²

In 1918 was het echter opnieuw mis. Hoofdinspecteur Den Houter liet de bewindsman tot drie maal toe weten dat voorzitter Josephus Jitta hem tijdens de vergaderingen van de Raad onheus bejegende. Minister P.J.M. Aalberse (1871-1948) van Arbeid⁷³ vroeg de voorzitter om opheldering. Jitta ontkende dat hij Den Houter vijandig gezind was, maar hij verweet hem wel obstructiepolitiek te voeren, waardoor hij zich genoodzaakt zag in te grijpen om 'aan het oncollegiale werk van Den Houter een einde te maken én tegelijkertijd de spoedige afhandeling van de zaken te bevorderen'. Jitta erkende dat hij soms zijn stem verhief. Dat kwam doordat 'de heer Den Houter in moeilijke oogenblikken vaak door woorden en gebaren te kennen geeft, dat hij slechthoorende is en het kan als een voorkomendheid beschouwd worden als men in de conversatie hiermede rekening houdt', aldus Jitta.⁷⁴ Het nieuwe conflict ontlokte een hoofdamtenaar van het departement de opmerking: 'medici - vooral de knappe - zijn nu eenmaal lastige mensen, voor collegiaal werk ongeschikt'.⁷⁵ Minister Aalberse wist zich door het geschil gesterkt in de overtuiging dat het Staatstoezicht aan hervorming toe was.

3.1.9 De Gezondheidswet van 1919

De Gezondheidswet van 1901 kwam snel onder vuur te liggen. In augustus 1907 diende minister Rink een voorstel in om de wet zo te wijzigen, dat de secretaris onder de Raad kwam te staan.⁷⁶ De Raad steunde het voorstel, omdat 'de taak van een lid en de taak van den Secretaris (...) menigmaal zóó ver uit elkander' lopen, 'dat het dikwijls zeer moeilijk, en somtijds zelfs niet goed mogelijk is, beider werkzaamheden aan één persoon in handen te geven'.⁷⁷ Ook de Tweede Kamer stemde er schriftelijk mee in.⁷⁸ Maar tot een plenair debat kwam het niet, omdat begin 1908 een nieuw kabinet aantrad. Minister Heemskerk trok het wetsontwerp in september 1909 in, met het argument dat hij de Gezondheidswet veel grondiger wilde bijstellen.⁷⁹

Heemskerk vroeg al in juli 1908 wat de Raad vond van de gedachte om, behalve de secretaris, ook de hoofdinspecteurs uit het college te zetten. Als hij al de illusie had dat de hoofdinspecteurs zich zouden wegcijferen, dan kwam hij bedrogen uit. De Raad keerde zich met uitzondering van Weijerman tegen de suggestie van de bewindsman, omdat de hoofdinspecteurs, met al hun contacten, beschikten over de voor 'tal van beslissingen noodige locale en praktische kennis'. Anderzijds vormden de besprekingen in de Raad voor de hoofdinspecteurs 'een heilzamen prikkel' om tot 'nuttigen arbeid in hun ambtsgebied' te komen, aldus de Raad.

Verrassend was het aanbod van de Raad om de meerderheidspositie van de hoofdinspecteurs op te heffen, 'niet omdat daarvan verkeerde gevolgen te vreezen zijn - daaromtrent heeft het verleden ons reeds gerust gesteld. Maar zelfs de schijn van suprematie dient vermeden.' De Raad herhaalde zijn standpunt 'om niet meer een der leden met het secretariaat' te belasten.⁸⁰ Weijerman sloot zich nu bij dat laatste aan, maar hij legde de schuld voor het falen van de Centrale Gezondheidsraad opnieuw bij de hoofdinspecteurs. In een minderheidsnota onderschreef hij de door de minister geopperde wetswijziging.⁸¹

In februari 1909 richtte Heemskerk zich weer met een ingrijpend voorstel tot de Raad. Ditmaal stelde hij voor de territoriale hoofdinspecteurs te vervangen door 'vak-hoofdinspecteurs voor het geheele land'. Daardoor zou de inspectie aan kracht en invloed winnen. 'Werden die hoofdinspecteurs dan tevens buitengewone leden van Uw Raad', aldus Heemskerk, 'dan zou de verhoogde kracht van de inspectie ook aan Uw College ten goede komen, doordat de bij uitstek deskundigen Uw College met hun kennis en ervaring zouden kunnen voorlichten. De leden van Uw Raad zouden aan den anderen kant zich geheel kunnen geven aan hun taak. De hoofdinspecteurs zouden verder met Uw besprekingen en beslissingen rekening moeten houden, maar niet meer in beslag genomen worden door werkzaamheden verbonden aan het lidmaatschap van Uw Raad, waardoor zij aan hun eigenlijke taak grootendeels worden onttrokken.'⁸² Ook nu wees de Raad de plannen van de minister van de hand. In zijn advies werden de regionale hoofdinspecteurs omschreven als een onmisbaar centrum van algemene leiding voor de inspecteurs en de gezondheidscommissies. Bovendien werd 'hunne kennis van het geheel, van alle locale toestanden te zamen' van groter belang geacht dan 'de iets grotere vakkennis van de vak-hoofdinspecteurs'. Het college verwierp opnieuw de gedachte de hoofdinspecteurs uit de Raad te zetten.⁸³

Ondanks de tegenwerpingen van de Centrale Gezondheidsraad diende Heemskerk op 23 juli 1910 bij de Tweede Kamer een ontwerp tot wijziging van de Gezondheidswet in. Hij vond dat de Raad in bestuurlijk opzicht had gefaald. De beslissingen van het college waren volgens hem veelal compromissen, 'omdat immers de meerderheid der leden zich er mede moet kunnen vereenigen'. Daardoor was 'het technisch element, waarop het bij de volksgezondheid bijna steeds aankomt, niet voldoende tot zijn recht' gekomen. Voor de autoriteiten betekende dit dat zij in de adviezen van de Raad vaak geen 'norm of grondslag voor bestuurshandelingen' hadden kunnen vinden. Bovendien werd de inspectie, 'die in 's raads beslissingen leiddraad moest vinden, (...) evenmin gegeven wat noodig was', aldus de minister in de Memorie van Toelichting. Vooral de hoofdinspecteurs moesten het ontgelden. Zij konden niet op doeltreffende wijze leiding geven aan de inspectie, omdat zij zich ook moesten bewegen op terreinen waarvan ze weinig of geen verstand hadden. Voorts lag het aan de territoriale indeling van de inspectie dat er een gebrek aan 'eenheid van behandeling' en 'gelijkheid van beslissing' bestond, aldus de bewindsman. Hij vond dat 'een centrum van krachtige leiding', de Raad, hier tegenwicht had kunnen bieden, 'maar - het bleek reeds - een centrum is er wel, krachtige leiding kan er niet zijn. Te minder nog, doordat de hoofdinspecteurs, ambtenaren onder den raad, leden van den raad zijn, daarin zelfs de meerderheid hebben.'

Heemskerk hekelde de bepaling in de Gezondheidswet dat de Raad leiding moest geven aan de inspectie, ofwel geroepen was 'tot medebesturen op het terrein van den Minister (...), hoewel deze (...) de verantwoordelijkheid draagt voor hetgeen geschiedt'. Het gevolg kon zijn dat de bewindsman voor voldongen feiten werd gezet die niet strookten met zijn inzichten, maar waarvoor hij wel de direct verantwoordelijke was.

Om de gebreken van de Gezondheidswet te verhelpen moest volgens Heemskerk de inspectie onder het directe toezicht van de minister worden geplaatst. Het Staatstoezicht zou moeten bestaan uit 'vak-hoofdinspecteurs voor het geheele Rijk, en territoriale vak-inspecteurs'. De bewindsman stelde voor de hoofdinspecteurs tot buitengewoon lid van de Raad te benoemen, waardoor het college inzicht in de toestand van de volksgezondheid zou bewaren. Hij nam het plan van zijn voorganger Rink over om de secretaris buiten de Raad te plaatsen. Opvallend was de stelling van de minister dat de Centrale

Gezondheidsraad een *wetenschappelijk college* moest worden, 'dat de Regeering op verzoek en eigener beweging voorlichting geeft over vraagstukken van volksgezondheid'.⁸⁴ De bewindsman lichtte niet toe waarom hij de Centrale Gezondheidsraad wilde inperken tot een wetenschappelijk adviesorgaan. Vermoedelijk speelde zijn wens de Raad in zijn taakstelling te kortwieken een grotere rol dan zijn behoefte aan betere wetenschappelijke voorlichting.

De reacties op het wetsontwerp waren heel verschillend van toon. Zoals te verwachten viel wees de Centrale Gezondheidsraad, met uitzondering van Weijerman, de voorstellen als te ingrijpend van de hand.⁸⁵ De Raad verdedigde de positie van de algemene hoofdinspecteurs, de leidinggevende capaciteiten van het college, en de kwaliteit van de uitgebrachte adviezen. De tekortkomingen konden worden bestreden door 'een meer krachtige ondersteuning van de Overheid', het uit de Raad plaatsen van de secretaris, en door uitbreiding van het dagelijks bestuur van de Raad. De kritiek van de minister over het 'medebesturen' door de Raad werd tegengesproken:

'Van het verrichten van eigenmatige bestuursdaden, zooals die verricht worden door de Overheid, die handelt zonder directen chef, krachtens eigen, door de wet geregeld, gezag, kan bij de Gezondheidsraad - een college, waarvan de functiën met die van een ambtenaar overeenkomen - nooit sprake zijn.'

De Raad zag voor zichzelf geen toekomst als puur adviesorgaan. Het louter adviseren kon beter worden overgelaten aan commissies van deskundigen.⁸⁶

In tegenstelling tot de Centrale Gezondheidsraad prezen de meeste inspecteurs het plan van de regering. Zij vonden de algemene hoofdinspecteurs ondeskundig en het Staatstoezicht bureaucratisch. Inspecteur Gerardus Oosterbaan (1864-1926) verwoordde de kritiek als volgt:

'Reeds spoedig zagen de verschillende besturen in, dat zy by het vragen van advies of voorlichting sneller en beter werden geholpen, wanneer zy zich direct wendden tot den betrokken inspecteur, dan indien zy den hoofdinspecteur in het geding betrokken, die of toch weer den inspecteur de zaak voorlegde, of het oordeel van den gezondheidsraad moest inwinnen, of beide deed. Eveneens bemerkten de inspecteurs spoedig, dat het inwinnen van advies by den hoofdinspecteur dikwijls aanleiding gaf tot het vertragen van een zaak, hoofdzakelijk omdat deze de zaak in den Raad ter sprake moest brengen.'

Met de aanstelling van vak-hoofdinspecteurs en plaatsing van de inspectie onder het gezag van de minister zou het Staatstoezicht inderdaad aan kracht winnen, aldus de inspecteurs.⁸⁷

De schriftelijke reactie van de Tweede Kamer in juli 1911 op het wetsontwerp betekende een koude douche voor de minister. De overgrote meerderheid betwijfelde de noodzaak van een ingrijpende wetwijziging. De Centrale Gezondheidsraad had de laatste jaren 'zeer veel en zeer goed werk' gedaan, met als resultaat verbetering van de volksgezondheid:

'Waar de zaken zoo staan en aan den tegenwoordigen gezondheidssdienst lof niet kan worden onthouden, behoort men voorzichtig te zijn met het te niet doen van eene belangrijke organisatie, die slechts betrekkelijk kort heeft gewerkt, opdat met het verwijderen van gebreken (...) niet tevens een slag wordt toegebracht aan hare werkzaamheid, over het gemis waarvan in de vorige wet werd geklaagd.'

De parlementariërs verweten de minister de grondslagen van de organisatie te willen aantasten, zonder dat hij geprobeerd had via kleine wijzigingen de Raad beter te laten functioneren. De Kamer gaf de bewindsman in overweging de dagelijkse leiding van de Raad uit te breiden en niet langer een van de leden te belasten met de leiding van het secretariaat. Voorts merkte men op dat 'de goede werking van een college als de centrale raad afhangt van de personen, die er aan verbonden zijn'. De Kamer vroeg zich in dit verband af 'of de tegenwoordige secretaris, op wiens bekwaamheid men niets wilde afdingen, wel geacht kan worden de rechte man op de rechte plaats te zijn. Men meende te weten, dat deze titularis zijne positie zoo weinig begrijpt, dat hij zich voortdurend ook buiten den centralen raad ongunstig uitlaat over de adviezen en de wijze van werken van het college, (...) dat de vraag wel ter sprake moet komen of hij gehandhaafd kan blijven.' In plaats van kordaat op te treden tegen deze misstanden, had de minister het Laboratorium niet onder het gezag van de Raad geplaatst, en rechtstreekse onderhandelingen geopend met de inspectie, zo stelden de Tweede-Kamerleden. Het was volgens hen dan ook geen wonder dat de Raad niet optimaal kon opereren.

De Kamerleden braken voorts een lans voor handhaving van de territoriale hoofdinspecteurs, die recht moesten blijven houden op een zetel in de Raad. Verder verwierpen zij het onder direct toezicht van de minister plaatsen van de inspectie en ontkenden zij dat de Raad over een eigen bestuursterrein beschikte. Hoewel het zijn taak was toezicht te houden en leiding te geven, had de Raad geen andere positie dan die van een ambtenaar: voor al zijn handelingen was hij verantwoording schuldig aan de minister, bij wie de 'opperleiding' berustte, aldus het Voorlopig Verslag.⁸⁸

Na deze scherpe, bijna kamerbrede kritiek duurde het twee jaar voor minister Heemskerk de Memorie van Antwoord naar de Tweede Kamer stuurde. Daarin kwam hij de Kamer iets tegemoet door het voorstel de territoriale hoofdinspecteurs te vervangen door vak-hoofdinspecteurs, te schrappen. Wel hield Heemskerk staande dat de secretaris noch de hoofdinspecteurs thuishoorden in de Raad, dat de Raad een zuiver adviserend college moest worden (eventueel 'hygiënische Raad van State' genoemd), en dat de inspectie onder de minister moest worden geplaatst. De bewindsman weigerde 'door het aanvoeren van voorbeelden aan te toonen, dat de Gezondheidsraad beter voor adviseerend dan voor besturend college geschikt is. De Regeering zou daarvoor den weg van openbare critiek van meer persoonlijken aard inslaan en de ambtelijke verhoudingen zeer moeilijk maken.'⁸⁹

Door de late indiening van de Memorie van Antwoord kon Heemskerk het wetsontwerp niet meer in het parlement verdedigen. Zijn opvolger P.W.A. Cort van der Linden (1846-1935) trok het stuk in september 1913 in, omdat hij zich eerst een eigen oordeel wilde vormen over het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.⁹⁰

Tot wezenlijk andere inzichten kwam de nieuwe minister niet. Hij kon weinig waardering opbrengen voor het reilen en zeilen van het Staatstoezicht. Dat bleek uit een door hem in mei 1914 aan de Centrale Gezondheidsraad aangeboden wetsontwerp, waarin hij de leidinggevende prestaties van de Raad als onder de maat beoordeelde. Volgens hem was 'een college van hygiënisten in beginsel en in praktijk ongeschikt' voor een bestuurstaak. De bewindsman stelde verder dat 'er niet meer dan één mast zij op het schip'. Daarom moest de inspectie onder hem worden geplaatst, met als tussenschakels vak-hoofdinspecteurs. Ook Cort van der Linden wilde de taak van de Raad beperken tot adviseren.⁹¹

De reactie van de Raad, gegeven in maart 1915, was ditmaal opvallend gematigd van toon. De leden erkenden nu wel dat het Staatstoezicht onbevredigend functioneerde en dat dit niet slechts kwam door gebrek aan overheidssteun, maar ook door tekortkomingen 'in de organisatie zelf'. De praktijk had geleerd, aldus het advies, dat 'een veelhoofdige college als de Raad' ongeschikt was om leiding te geven aan de inspectie. Deze taak kon beter worden opgedragen aan de minister. De Raad nam echter geen genoegen met het louter uitbrengen van adviezen; hij wenste ook in de toekomst 'het eerste en voornaamste orgaan van het Staatstoezicht' te blijven. Ook sprak hij zich nog steeds uit tegen het plan om vak-hoofdinspecteurs aan te stellen.⁹²

Minister Cort van der Linden zag tijdens zijn vijfjarige ambtstermijn geen kans een ontwerp tot wijziging van de Gezondheidswet bij de Tweede Kamer in te dienen. De verstandhouding met de Centrale Gezondheidsraad werd er intussen niet beter op. Zo klaagde de Raad in april 1918 dat hij niet was gekend in de oprichting van een commissie die de sociaal-hygiënische toestanden in Zuid-Limburg ging bestuderen. Ook het feit dat men in de krant had moeten lezen dat een wetsontwerp was ingediend ter leniging van de woningnood, waarin een afzonderlijke dienst in het leven werd geroepen voor de uitvoering van de wet, schoot de Raad in het verkeerde keelgat. De minister werd verweten dat 'het ter zijde schuiven van den Raad' grote vormen had aangenomen. Cort van der Linden antwoordde 'in geen enkel opzicht een plicht van de Regeering' te 'erkennen om Uw College te hooren over maatregelen betreffende de volksgezondheid, die zy wenscht te treffen. Ik aanvaard de wenschelijkheid van dat hooren als regel, maar in uitzonderingsgevallen, waarbij de meening van de Regeering bij voorbaat vast staat en zeer spoedig gehandeld moet worden, acht ik dat hooren een nuttelooze formaliteit, waartoe geen enkele wettelijke bepaling bindt.'⁹³

De Eerste Wereldoorlog had de reorganisatie van het Staatstoezicht opgehouden. Na de oorlog was de gezondheidstoestand van de bevolking dermate verslechterd, dat minister Aalberse zonder aarzelen ingreep. Hij ontwierp in korte tijd een geheel nieuwe (ontwerp-)Gezondheidswet, die hij op 19 mei 1919 bij de Tweede Kamer indiende.

In de Memorie van Toelichting schreef ook deze bewindsman dat de Centrale Gezondheidsraad als leidinggevend orgaan had gefaald. Als oorzaken noemde hij de gestoorde persoonlijke verhoudingen en de ongeschiktheid van een college van hygiënist^{en} om te besturen:

‘De krachtige eenheid van wil, die voor leiden, besturen onmisbaar is, ontbreekt bij dergelijk college a priori. Wetenschappelijke veelzijdigheid en critiek zijn daar natuurlijke producten, die gewaardeerd kunnen worden, wanneer het gaat om voorlichting, maar tot onmacht doemen, wanneer het gaat om besturen.’

De bewindsman prees wel de adviezen van de Raad, die waardevolle suggesties bevatten voor wat de overheid moest doen. Hij pleitte voor omvorming van de Centrale Gezondheidsraad tot een Gezondheidsraad, gezeteld in Den Haag, die de ‘Regeering bij hare bemoeiingen met de volksgezondheid’ terzijde moest staan. Dit college, dat buiten het Staatstoezicht moest worden geplaatst, zou geen onderscheid meer kennen tussen gewone en buitengewone leden. Allemaal zouden ze onbezoldigd zijn, behalve de voorzitter en secretaris. De hoofdinspecteurs waren ambtshalve lid. De Raad zou niet langer zelf adviezen uitbrengen; dat moest gebeuren door commissies, ingesteld door de voorzitter.⁹⁴ Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zou ‘onder de bevelen’ van de minister worden opgedragen aan vak-hoofdinspecteurs, inspecteurs, adjunct-inspecteurs en gezondheidscommissies. De bewindsman dacht verder aan instelling van een Woningraad, die hem van advies moest dienen over economische vraagstukken op het terrein van de volkshuisvesting.⁹⁵

De minister had zijn plannen al eerder, in december 1918, aan de Centrale Gezondheidsraad voorgelegd. Drie maanden later verscheen het sterk verdeelde advies van de Raad. Daarin schaarde een meerderheid zich achter het standpunt ‘dat voor eene goede werking van het Staatstoezicht op de volksgezondheid vereischt werd een centraal orgaan, dat de leiding van dat toezicht in handen heeft, met gezag bekleed is en op het geheel toezicht houdt, alles onder den Minister, dien het ook van advies dient’. Dit college behoorde meerhoofdig te zijn ‘in verband met den omvang van het terrein van de gezondheidszorg, ’t welk te ruim werd geacht om door één persoon te worden overzien’. Met andere woorden: de Raad verzette zich nog steeds tegen plaatsing buiten het Staatstoezicht en beperking van zijn taak tot adviseren. Een grote meerderheid onderschreef ditmaal wel de gedachte om vak-hoofdinspecteurs aan te stellen.⁹⁶

De schriftelijke reactie van de Tweede Kamer op het wetsontwerp verscheen in juli 1919. Hoewel Aalberse bijna dezelfde argumenten had gebruikt als Heemskerk in 1910, keerde de Kamer zich niet langer tegen reorganisatie van het Staatstoezicht. Integendeel, een grote meerderheid was vóór. Alleen de beperkte taak die de Woningraad kreeg toebedeeld, stuitte op kritiek. Dit orgaan zou zich ook met de hygiënische kant van de volkshuisvesting moeten bemoeien, waardoor het werkterrein van de Gezondheidsraad verder zou inkrimpen. Een minderheid van de Tweede Kamer maakte bezwaar tegen de stelling van de minister dat de leidinggevende taak van de Centrale Gezondheidsraad gelijk stond aan ‘besturen’:

‘Het besturen is de taak der Regeering; zij moet de wegen vinden om van den arbeid der bestaande organen, in onderlinge samenwerking, voor hare bestuurstaak de gewenschte vruchten te plukken. Doordat de Regeering in dezen geen goed inzicht heeft gehad, heeft zij de noodzakelijkheid bevorderd - zoo niet geschapen - van een herziening, waarvoor anders wellicht geen aanleiding zou hebben bestaan.’

Daarnaast betwijfelden deze parlementariërs of de Gezondheidsraad onder de nieuwe wet nog wel bestaansrecht had. Zij vonden dat de Raad niet moest worden behouden ‘als ornament of als een bewijs van hulde aan den stervenden Centralen Gezondheidsraad, voor wiens behoud men niets heeft gedaan’.⁹⁷

In de Memorie van Antwoord, uitgebracht op 16 september 1919, stemde Aalberse in met de wens van de Tweede Kamer om de taak van de Woningraad te verzwaren. Voorts kondigde hij de aanstelling aan van een directeur-generaal voor de Volksgezondheid. Hij zou ‘bij de velerlei dagelijksche aanrakingen met de inspectie (...) het noodige overleg moeten plegen en voor het onderling verband moeten waken. Daarnaast moet hij in overleg met de inspectie en met den Gezondheidsraad en den Woningraad de nieuwe wettelijke regelingen voorbereiden en uitwerken’.⁹⁸

Op 22 oktober 1919 nam de Tweede Kamer na een tam debat het wetsvoorstel zonder hoofdelijke stemming aan.⁹⁹ In de Eerste Kamer ging het er feller aan toe. Hoewel de senatoren instemden met het wetsvoorstel, betreurden zij dat de minister zweeg over het feit dat de regering de Centrale Gezondheidsraad had verwaarloosd en had nagelaten ‘twistzieke of ongeschikte elementen’ uit de Raad

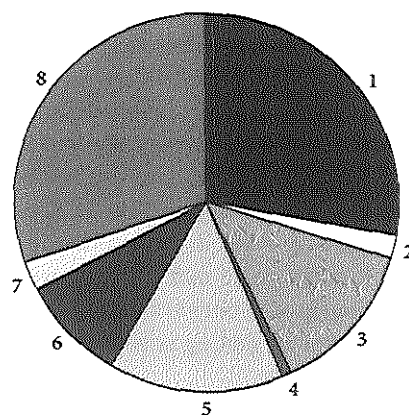
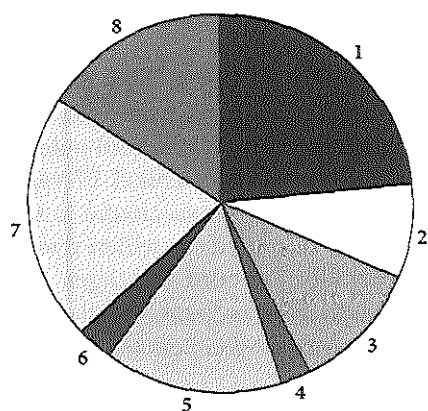
te zetten. In het debat in de Eerste Kamer op 26 november 1919 kreeg de minister de waarschuwing dat ook de nieuwe wet zonder overheidssteun schipbreuk zou lijden. Aalberse antwoordde dat niet persoonlijke verhoudingen, maar de gekozen structuren verantwoordelijk waren voor het mislukken van de Gezondheidswet van 1901. Hij stelde dat 'veeleer moet worden gezegd, dat de toestand persoonlijke fouten en hebbelijkheden als het ware uitlokte'. Zijn oproep een punt te zetten achter het verleden en eensgezind te werken aan een betere toekomst, vond bij de Eerste Kamer gehoor.¹⁰⁰

De Gezondheidswet van 27 november 1919 (*Stb.* 784) trad op 1 september 1920 in werking. De Gezondheidsraad kreeg een totaal andere samenstelling en een beperktere taak dan zijn voorganger. Hoofdstuk 4 gaat daar uitgebreid op in.

3.2 DE ADVIEZEN

Behalve de vele vergaderingen gewijd aan interne twisten, de voorbereiding en oprichting van een laboratorium, en de mogelijke reorganisatie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, zorgden ook administratieve verplichtingen voor een overvolle agenda van de Centrale Gezondheidsraad. Zo maakte de Raad iedere maand een overzicht van de gevallen van besmettelijke ziekten in Nederland. Eveneens tijdrovend was het bespreken van de voordrachten van kandidaten voor het lidmaatschap van de gezondheidscommissies. De Raad werd verder ingeschakeld voor beoordeling van subsidie-aanvragen van particuliere organisaties op het gebied van de volksgezondheid. Ook wat de volkshuisvesting betreft verrichtte het college veel administratief werk, want hij stelde de reglementen op waaraan de in het begin van deze eeuw als paddestoelen uit de grond schietende woningbouwverenigingen moesten voldoen en hij controleerde of de door de gemeentebesturen opgestelde bouwverordeningen voldeden aan de Woningwet.

De Centrale Gezondheidsraad kon ook nog tijd vrijmaken voor het opstellen van adviezen. In totaal bracht hij 258 rapporten uit,¹⁰¹ waaronder complete wetsontwerpen. De Raad bewoog zich op een breed adviesterrein. Belangrijke thema's waren preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten, uitoefening van de geneeskunde, levens- en genotmiddelen, leefomstandigheden, de gezondheid van bodem, water en lucht, en de gevolgen van de Eerste Wereldoorlog. Deze onderwerpen komen op de volgende pagina's aan de orde. De adviezen over pokken krijgen de meeste aandacht; zij fungeren als illustratie voor de wijze van denken en handelen van de Raad.



1. Besmettelijke ziekten
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)
3. Uitoefening van de geneeskunde
4. Ethiek en recht
5. Levens- en genotmiddelen
6. Leefomstandigheden
7. Risico's van menselijke activiteiten
8. Overig, waaronder:
 - Interne organisatie en functioneren instellingen op het terrein van de volksgezondheid
 - Statistiek
 - Gezondheid van bodem, water en lucht
 - Beroepsziekten

Gemiddeld 1902-1985

1. Besmettelijke ziekten	23,4%
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)	8,2%
3. Uitoefening van de geneeskunde	11,0%
4. Ethiek en recht	2,6%
5. Levens- en genotmiddelen	14,9%
6. Leefomstandigheden	2,9%
7. Risico's van menselijke activiteiten	21,1%
8. Overig, waaronder:	15,8%
• Interne organisatie en functioneren instellingen op het terrein van de volksgezondheid	3,4%
• Statistiek	2,5%
• Gezondheid van bodem, water en lucht	1,8%
• Beroepsziekten	1,6%

Tot 1 september 1920

1. Besmettelijke ziekten	27,9%
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)	1,9%
3. Uitoefening van de geneeskunde	13,2%
4. Ethiek en recht	0,8%
5. Levens- en genotmiddelen	14,7%
6. Leefomstandigheden	8,9%
7. Risico's van menselijke activiteiten	2,3%
8. Overig, waaronder:	30,2%
• Interne organisatie en functioneren instellingen op het terrein van de volksgezondheid	8,5%
• Statistiek	2,3%
• Gezondheid van bodem, water en lucht	6,6%
• Beroepsziekten	8,5%

3.2.1 Pokken en de handhaving van de zijdelingse inentingsdwang

Voorgeschiedenis

Aan het eind van de achttiende eeuw bewees de Engelse medicus Edward Jenner (1749-1823) dat koepokinenting bescherming bood tegen pokken.¹⁰² In de Bataafs-Franse Tijd werd vaccinatie bevorderd.¹⁰³ In 1814 werden kinderen van armlastigen verplicht zich te laten inenten tegen pokken; bij weigering liepen de ouders kans de bedeling mis te lopen.¹⁰⁴ Vier jaar later verscherpte de regering het beleid door kinderen uit besmette gezinnen de toegang tot school te ontfangen.¹⁰⁵ In 1823 volgde de bepaling dat alleen kinderen met een door een vaccinateur ondertekend 'pokkenbriefje' de lagere scholen mochten bezoeken. Deze landelijke vaccinatieplicht voor kinderen in het lager onderwijs bleef tot 1857 van kracht, toen de nieuwe Wet op het Lager Onderwijs (*Stb.* 103) de maatregel ongedaan maakte.¹⁰⁶

Nederland werd in de jaren 1870-1872 getroffen door een zware pokkenepidemie. In 1871 stierven circa 16.000 mensen aan de pokken, twintig procent van het totale aantal overledenen in dat jaar. Omdat ook epidemieën van cholera (1866-1867) en tyfus (1869-1871) ons land teisterden, diende de regering een wetsvoorstel in waarin maatregelen werden afgekondigd ter beteugeling van besmettelijke ziekten. Dit resulteerde in de Wet van 4 December 1872, tot voorziening tegen besmettelijke ziekten (*Stb.* 134), kortweg Epidemiewet genoemd.¹⁰⁷ Artikel 17 regelde dat leerkrachten en leerlingen die niet tegen pokken waren ingeënt, van school moesten worden geweerd.¹⁰⁸ Deze zogenoemde zijdelingse of indirecte inentingsdwang had tot gevolg dat kinderen van ouders met onoverkomelijke bezwaren tegen inenting geen officieel onderwijs konden volgen. De Leerplichtwet van 7 juli 1900 (*Stb.* 111) maakte het dilemma voor deze ouders nog groter. Deze wet verplichtte namelijk tot het volgen van onderwijs tot het twaalfde jaar. De zijdelingse inentingsdwang werd daardoor klemmender.

Het wetsontwerp van Kuyper

Zo'n duizend kinderen, minder dan één procent van het totaal aantal leerplichtige kinderen, volgden in het begin van deze eeuw geen onderwijs wegens godsdienstige en medische bezwaren tegen de koepokinenting. Een minderheid van deze niet-ingeeënte kinderen kreeg onderricht thuis, maar de meesten bleven door de penibele financiële positie van hun ouders verstoken van iedere vorm van onderwijs. Daaraan wilde minister Kuyper een eind maken.¹⁰⁹ In de Troonrede van 1902 stelde het kabinet afzwakking van de zijdelingse inentingsdwang in het vooruitzicht.

Op 11 maart 1903 bereikte een voorstel tot wijziging van de Epidemiewet de Tweede Kamer. De kern was dat kinderen die niet tegen pokken waren ingeënt, toch onderwijs moesten kunnen volgen aan de bijzondere scholen. Een aanvraag van het bestuur of het hoofd van een bijzondere school volstond voor de minister van Binnenlandse Zaken om ontheffing te verlenen van het gestelde in artikel 17 van de wet. In de Memorie van Toelichting weigerde Kuyper op de voor- en nadelen van de vaccinatie in te gaan:

'Een vader, op straffe van paedagogische verwaarloozing van zijn kind, te willen dwingen zijn gezond kind in strijd met zijn overtuiging een smetstof in het bloed te laten inbrengen, is met elk gezond begrip van burgerlijke vrijheid in strijd. Het is niet het medische standpunt, dat hier het geding uitwijst, maar in geding is hier een verkorting van de persoonlijke vrijheid en van het ouderrecht door Staatsdwang.'

Het feit dat gevaccineerde en niet-gevaccineerde kinderen elkaar wel buiten de lagere scholen konden ontmoeten, sterkte Kuyper in zijn plan de zijdelingse inentingsdwang op te heffen. Overigens zou bij een pokkenepidemie de vrijstelling komen te vervallen. Dit wees erop dat Kuyper niet zozeer tegen vaccinatie was, als wel tegen de staatsdwang die van artikel 17 uitging.

Volgens het wijzigingsvoorstel moesten de inentingen aan strenge voorschriften, gebaseerd op hoge wetenschappelijke eisen, voldoen, om het optreden van bijwerkingen tegen te gaan.¹¹⁰ De medische wereld juichte dat toe, maar dit aspect verdween op de achtergrond door de grote commotie die over de mogelijke opheffing van de zijdelingse inentingsdwang ontstond. Kuyper legde het wijzigingsvoorstel op 3 april 1903 voor aan de Centrale Gezondheidsraad. Voordat de discussies in het college hier ter sprake komen, wordt eerst kort ingegaan op de meningsvorming buiten de Raad.

De reacties op het wetsontwerp

Op voorstel van de afdeling Alphen en Omgeving besloot de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op haar algemene ledenvergadering van 1901 een commissie in te stellen om onder de Nederlandse artsen een enquête te houden naar de schadelijke gevolgen van vaccinatie. Bijna negentig procent van de geneeskundigen werkte aan het onderzoek mee. De commissie tilde in haar rapport uit 1902 niet zwaar aan de geconstateerde bijwerkingen van de vaccinatie (vooral huidaandoeningen). Wel vond zij dat men bij de inentingën beter moest letten op de bekwaamheid van de betrokken artsen. Bovendien moest de ingebrachte koepokstof onder strengere antiseptische voorwaarden worden verzameld dan voorheen gebruikelijk was.¹¹¹

Het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* wijdde een uiterst kritisch hoofdredactioneel commentaar aan het wetsvoorstel van Kuyper:

‘Dit wetsontwerp, dat er op het oog zoo onschuldig uitziet, - immers de bedoeling is alleen schoolonderwijs mogelijk te maken voor een duizendtal ongevaccineerde kinderen -, schijnt ons lang niet zoo onschuldig. Het is te verwachten dat een aantal, nu de gelegenheid gegeven wordt aan de vaccinatie te ontkomen, hetzij uit gemakzucht, hetzij uit ongemotiveerde angst door drijvers opgewekt, hetzij uit oppositiezucht, hun kinderen ongevaccineerd zullen laten, en daardoor zal het deel der natie dat niet gevaccineerd is belangrijk grooter worden. Daardoor zal de kans dat hier of daar pokken postvatten en een bedenkelijke epidemie in het leven roepen, aanmerkelijk toenemen. (...) Het is echter te hopen, dat ons parlement niet zal medewerken tot het nemen van dit voor de volksgezondheid gevaarlijk experiment.’¹¹²

De Maatschappij richtte een adres aan de volksvertegenwoordigers, waarin zij enerzijds begrip toonde voor de ‘werkelijk gemeente gemoedsbezwaren’, maar anderzijds ook wees ‘op de angst, die het duizendvoudig aantal ouders bekruipt, wanneer zij in de toekomst hunne kinderen zullen zien blootgesteld aan besmetting tengevolge van den omgang met niet ingeënte kinderen’.¹¹³ Het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling sloot zich bij deze zienswijze aan. Op zijn jaarvergadering van 1903 nam het Congres een motie aan waarin het wetsontwerp in strijd met de belangen van de volksgezondheid werd genoemd.¹¹⁴

Toch waren er ook artsen die zich tegen de zijdelingse inentingsdwang keerden. Zij organiseerden zich in de Bond tegen Vaccinedwang. Hun argumenten stoelden niet alleen op godsdienstige bezwaren, zoals die leefden in protestants-christelijke kring, maar ook op medische overwegingen. Zij zagen voor de bestrijding van pokken meer heil in het isoleren en desinfecteren van zieken.

In februari 1902 richtte de Bond zich in een adres tot de koningin. Daarin stond dat het staatsrechtelijk onjuist was dat de rijksoverheid gedragsregels opstelde voor een principiële zaak, waarover medici bovendien verschillend dachten. Het was volgens de Bond ongeoorloofd ‘door het inbrengen van smetstoffen in het bloed het lichaam opzettelijk ziek te maken, als zijnde zulks eene zonde tegen het zesde gebod van Gods Wet en een verzoeken van God, die Zijne hulp belooft aan allen die op Hem vertrouwen naar Zijn Woord, maar strengelijk verbiedt het ingevaarstellen van eigen en anderer leven en dat straft als miskenning van Zijne soevereiniteit en goedertierenheid’.¹¹⁵

Het advies van de Centrale Gezondheidsraad

De Centrale Gezondheidsraad behandelde het vraagstuk met grote spoed. Het antwoord aan de minister lag na vier maanden op tafel. De Raad besloot geen commissie in te stellen; vier buitengewone leden kregen het verzoek afzonderlijk van elkaar een pre-advies op te stellen. Dat waren Menno Huizinga, de artsen Abraham Pieter Fokker (1840-1906) en Charles Henri Hubert Spronck (1858-1932), die hoogleraar waren in respectievelijk de gezondheidsleer en de pathologische anatomie,¹¹⁶ en de hoogleraar recht Dammes Paulus Diederik Fabius (1851-1931).

De vier deskundigen waren het over één ding eens: vaccinatie hielp pokken te voorkomen. Maar over de zijdelingse inentingsdwang verschilden zij van mening. Fabius en Fokker schaarden zich achter het wetsontwerp van Kuyper. Omdat volgens hen niet-gevaccineerden onder normale omstandigheden geen

gevaar opleverden voor het gevaccineerde deel van de bevolking, zagen zij geen reden deze kinderen van school te weren. Zij stelden bovendien voor het wetsontwerp ook van toepassing te verklaren op openbare scholen, omdat ook in (plattelands)gemeenten waar geen bijzondere school gevestigd was niet-gevaccineerde kinderen officieel onderwijs moesten kunnen volgen.

Huizinga had, ondanks zijn begrip voor de gemoedsbezwaarden, moeite met het wetsontwerp. Hij vond dat het te weinig rekening hield met de volksgezondheid en te veel met wensen van individuele burgers en hij vreesde dat het aantal niet-gevaccineerden sterk zou toenemen. Dat laatste deed ook Spronck, die zich terwille van 'de gezondheid en welvaart van de natie' voorstander verklaarde van vaccinatieplicht, behalve voor kinderen van ouders met gemoedsbezwaren. Hij vond aanscherping van het wetsontwerp nodig en hij formuleerde daartoe een amendement waarin stond dat de minister van Binnenlandse Zaken alleen aan kinderen van officieel erkende gemoedsbezwaarden ontheffing kon verlenen. Om hiervoor in aanmerking te komen moesten de ouders een verklaring ondertekenen. Deze voorzorgsmaatregel was volgens Spronck noodzakelijk om de groep niet-gevaccineerden zo klein mogelijk te houden. Wat Spronck precies verstond onder gemoedsbezwaren, maakte hij in zijn pre-advies niet duidelijk.¹¹⁷

Met de vier pre-adviezen in de hand wijdde de Centrale Gezondheidsraad twee vergaderingen aan de zijdelingse inentingsdwang. De eerste keer op 13 juni 1903, toen behalve de zeven gewone leden ook nog 21 buitengewone leden, die alleen een adviserende stem konden uitbrengen, aan de discussie deelnamen. Deze hoge opkomst was kenmerkend voor het belang dat aan het onderwerp werd gehecht. De zijdelingse inentingsdwang kreeg brede steun. Men verschilde alleen van mening in hoeverre de overheid aan de gemoedsbezwaren van een kleine minderheid van de Nederlandse bevolking tegemoet moest komen.

De pre-adviseurs herhaalden hun argumenten. Maar hun voorstel om kinderen van gemoedsbezwaarden toch onderwijs te laten volgen, kreeg van de gewone leden van de Raad weinig bijval. Die leden stelden dat men kinderen van gemoedsbezwaarden tegen hun opvoeders moest beschermen. Hoofdinspecteur Pijnappel verzette zich het felst tegen opheffing van de zijdelingse inentingsdwang. Volgens hem kon het aantal niet-gevaccineerden uitgroeien tot enkele tienduizenden. Hij wees op Engeland, waar sinds 1898 de mogelijkheid bestond om op grond van gemoedsbezwaren onder de verplichte inenting uit te komen. Onder de vele tienduizenden kinderen die daar vrijstelling hadden gekregen, waren zeer omstreden gevallen.¹¹⁸ Anders dan Fabius vond Pijnappel dat een grote groep niet-gevaccineerden de immuniteit van het gevaccineerde deel van de bevolking op den duur kon aantasten. Om dezelfde redenen spraken ook Cohen, Ruysch, Woltering en Weijerman zich tegen het wetsontwerp uit. Van Dam van Isselt en De Man onthielden zich nog van een standpunt. De Man zei als leek het niet te kunnen volgen. De ene keer hoorde hij dat er aan de vaccinatie geen nadelen waren verbonden, waarna de volgende spreker dit weer tegensprak.

Het werd nog ingewikkelder toen Spronck toelichtte wat hij onder gemoedsbezwaren verstond. Naast godsdienstige motieven rekende hij hier ook 'verstandelijke overtuiging' onder. Daarbij doelde hij op ouders die hun kind wilden behoeden voor complicaties van de vaccinatie. Hij stelde dat één op de 500.000 personen aan de gevolgen van de inenting overleed. Deze ruime interpretatie van 'gemoedsbezwaren' - behalve godsdienstig dus ook medisch van aard - viel niet goed bij de gewone leden van de Raad. En evenmin bij buitengewoon lid Goeman Borgesius, die zich fel tegen het wetsontwerp verzette. Hij was bang dat afschaffing van de zijdelingse inentingsdwang de volksgezondheid zou schaden. Daarom moest het staatsbelang voorrang krijgen boven het individuele belang. Borgesius gooide olie op het vuur door te constateren dat de invoering van de Leerplichtwet, de reden voor Kuyper om voor te stellen de Epidemiewet aan te passen, niets had veranderd aan de zijdelingse inentingsdwang. Artikel 6 van deze wet bepaalde namelijk dat de plicht tot het volgen van onderwijs niet van kracht was als een ander wetsartikel het schoolbezoek verbood. Spronck, die dit niet had beseft, besloot na het aanhoren van Borgesius zich te keren tegen zijn eigen amendement. Hij vond nu dat de plannen van Kuyper moesten worden afgewezen. De drie overige pre-adviseurs hielden vol dat de zijdelingse inentingsdwang moest worden 'verzacht'.

De Raad kwam op 13 juni niet tot een afgerond oordeel. Afgesproken werd op een volgende vergadering een concept-advies te bespreken. Voor Fabius was deze gang van zaken niet goed te volgen. Hij had gehoord dat de vier hoofdinspecteurs en Weijerman al voor de vergadering van 13 juni het

wetsontwerp hadden afgewezen. Waarom de gewone leden dan nog uitgebreid wensten te discussiëren, was voor hem een raadsel.¹¹⁹

Volgens het bewuste concept-advies, waarvan de opsteller onbekend is, zou acceptatie van het wetsontwerp-Kuyper leiden tot forse groei van het aantal niet-gevaccineerden. Ontheffing van de vaccinatie zou voor vele duizenden kinderen worden aangevraagd, niet op grond van gemoedsbezwaren maar uit gemakzucht en onverschilligheid. De volksgezondheid zou daaronder lijden, omdat er gevaar uitging van een grote groep niet-gevaccineerden. In Duitsland gingen al stemmen op dat men met een niet goed tegen pokken beschermd buurland te maken kreeg. Ondanks het gebrek aan waardering voor het wetsontwerp werd in het concept-advies een poging ondernomen het regeringsvoorstel bij te schaven. Conform het amendement van Spronck zou ontheffing uitsluitend wegens gemoedsbezwaren mogen plaatsvinden.¹²⁰

Op de tweede vergadering, op 4 juli 1903, waren behalve de gewone leden slechts acht buitengewone leden aanwezig, dertien minder dan op de eerste vergadering. De pre-adviseurs Fokker en Fabius waren de meest prominente afwezigen. Een mogelijke reden voor de lagere opkomst was dat het advies van de Centrale Gezondheidsraad in essentie toch al vaststond.

Over de kern van het concept-advies, afwijzing van het wetsontwerp, was de vergadering het eens. De discussie spitste zich toe op de vraag of het ontwerp helemaal van tafel moest verdwijnen of dat het kon worden geamendeerd. Hoe dat precies uitpakte vermeldt het beknopte verslag niet. Wel, dat de Raad niet kon instemmen met het voorgestelde amendement; het zou onvoldoende soelaas bieden. De onduidelijkheid over het begrip 'gemoedsbezwaren' gaf daarbij de doorslag.¹²¹

Het op 28 juli 1903 uitgebrachte advies, onderschreven door alle gewone leden van de Raad, wees de voorstellen van Kuyper van de hand. De Raad zag geen kans het ontwerp te verbeteren. Niet-ingeënte kinderen moesten van het volgen van onderwijs uitgesloten blijven, waartoe artikel 6 van de Leerplichtwet de mogelijkheid bood. Om het verschil van inzicht tussen de gewone en een aantal buitengewone leden te illustreren, voegde de Centrale Gezondheidsraad, op voorstel van Huizinga, de vier pre-adviezen als bijlagen bij het advies. Ook het concept-advies, de uitgebreide notulen van de vergadering van 13 juni en een beknopt verslag van de vergadering van 4 juli werden meegestuurd.¹²² Dit was opmerkelijk, omdat het oordeel van de Raad unaniem was. Vermoedelijk wilde men voorkomen dat er, zo snel na de oprichting van de Raad, tweespalt zou ontstaan tussen de gewone en buitengewone leden.¹²³

Het wetsontwerp ingetrokken

Op voorstel van de leider van de vrij-antirevolutionairen, één van de voorlopers van de in 1908 geformeerde Christelijk-Historische Unie (CHU), Jhr. A.F. de Savornin Lohman (1837-1924), hield een commissie uit de Tweede Kamer het wetsontwerp uitgebreid tegen het licht. De Savornin Lohman, die zelf in 1890 al geprobeerd had de zijdelingse inentingsdwang van tafel te krijgen, wilde het hele vaccinatievraagstuk bij de behandeling van het wetsontwerp betrekken. De commissie moest alle voor- en nadelen van vaccinatie in kaart brengen, zodat haar rapport gebruikt kon worden om de Nederlandse bevolking voor te lichten. Er waren geen artsen bij dit werk betrokken, eenvoudigweg omdat deze beroepsgroep niet vertegenwoordigd was in de Tweede Kamer. De Savornin Lohman zag in het ontbreken van artsen in de commissie juist een pluspunt: de parlementariërs konden nu tot een werkelijk objectief oordeel komen.¹²⁴

Het rapport, dat verscheen op 28 juni 1904, onthulde dat ook politici uiteenlopend dachten over het nut van vaccinatie. De commissie stelde voor het wetsontwerp te wijzigen, hoewel niet in essentie. Uitgangspunt was dat de omvang van de groep ongevaccineerden niet te groot mocht worden. Ouders met bezwaren tegen de inenting zouden in de aanvraag voor ontheffing twee getuigen moeten noemen,¹²⁵ en de burgemeester kon deze dan oproepen om te controleren of de bezwaren gegrond waren. Kuyper nam de aanbevelingen van de commissie over in een gewijzigd wetsontwerp,¹²⁶ dat evenwel niet in behandeling kwam. Na een fikse verkiezingsnederlaag trad het kabinet-Kuyper op 17 augustus 1905 af. Het nieuwe liberale kabinet-De Meester (1905-1908) trok, conform het advies van de Centrale Gezondheidsraad, het wetsontwerp al snel in.¹²⁷ Kinderen die niet waren ingeënt tegen pokken, bleven uitgesloten van het volgen van regulier onderwijs.

Een nieuwe poging van de Bond tegen Vaccinedwang

Op 25 oktober 1907 vroeg minister Rink de Raad te adviseren over een aan de koningin gericht adres van de Bond tegen Vaccinedwang. Daarin werd het staatshoofd verzocht een eind te maken aan de zijdelingse inentingsdwang. De Bond formuleerde vier bezwaren tegen deze maatregel. In de eerste plaats stond het niet vast dat vaccinatie de pokken had teruggedrongen; sommige statistieken wezen de betere hygiënische omstandigheden en afzondering van besmette personen als de belangrijkste oorzaken aan.¹²⁸ In de tweede plaats kon de 'voorbehoedende kracht' van de vaccinatie wel eens korter zijn dan werd aangenomen. Een derde bezwaar van de Bond was dat vaccinatie schadelijke, zelfs dodelijke gevolgen kon hebben. Tot slot bestreed de Bond de opvatting dat niet-gevaccineerde kinderen een gevaar opleverden voor de gezondheidstoestand van gevaccineerde kinderen.

Het adres bepleitte artikel 17 van de Epidemiewet te schrappen, omdat dit artikel 'tegen alle recht en reden strijdt aan de kinderen, wier ouders overwegend bezwaar hebben hen te laten vaccineren, hetzij omdat zij bezwaar hebben tegen de vaccinatie in 't algemeen, hetzij omdat de gezondheidstoestand dier kinderen ook volgens medisch advies de inenting niet toestaat, het bezoeken van de lagere school te verbieden en hun dus te straffen - en met welk een barbaarsche straf!) - voor iets wat hunne ouders in gemoede meenen te moeten nalaten'.

De Centrale Gezondheidsraad had zijn summiere antwoord aan de minister binnen een maand klaar. De Raad wilde niet terugkomen op het volgens hem nog steeds actuele advies uit 1903, waar de leden nog volledig achter stonden. Het voorstel van de Bond ook op openbare scholen niet-gevaccineerde kinderen toe te laten sterkte de Raad in zijn afwijzend oordeel.¹²⁹ Ook minister Rink zag niets in de voorstellen van de Bond. Tot een nieuw wetsontwerp kwam het dan ook niet.

De Wet van 17 Juli 1911

De Centrale Gezondheidsraad boog zich nog één maal over het vaccinatievraagstuk. Dat was in 1910, toen minister Heemskerk het oordeel van de Raad vroeg over zijn voorstel tot wijziging van de Epidemiewet.¹³⁰ Dit voorstel voorzag in twee zaken: verscherping van de wetenschappelijke eisen aan vaccinaties en honorering van medische bezwaren tegen koepokinenting. Heemskerk wilde kinderen met een medische contra-indicatie tegen de inenting op school toelaten. Die contra-indicatie moest blijken uit een verklaring ondertekend door twee artsen. De verklaring bleef drie jaar geldig, behalve bij een pokkenepidemie. Vrijstelling van de vaccinatieplicht zou een uitzondering blijven, zo stelde de minister; van opheffing van de zijdelingse inentingsdwang was wat hem betreft geen sprake. Bezwaren die niets te maken hadden met de gezondheidstoestand van het betrokken kind, waren niet ontvankelijk.¹³¹

Een commissie uit de Centrale Gezondheidsraad¹³² ging op hoofdzaken met de plannen van de minister akkoord:

'Weliswaar ligt in deze bepalingen een verzwakking van den bestaanden indirecten vaccinatie-dwang, maar deze dwang behoeft, naar ons oordeel, niet zóó ver te gaan, dat daarmede tegemoetkoming aan billijke bezwaren zoude worden afgesneden.'

De commissie beaamde, anders dan in het advies uit 1903, dat de inenting medisch bezwaarlijk kon zijn. Erkenning van medische contra-indicaties zou leiden tot een kleine groep van niet-gevaccineerde kinderen die naar school mochten. Volgens de commissie hield dit geen gevaar voor de volksgezondheid in. Wel stelde zij voor de vrijstelling slechts één jaar geldig te verklaren, maar daar stond tegenover dat de commissie de handtekening van één arts voldoende vond.¹³³ De Centrale Gezondheidsraad schaarde zich achter het pre-advies van de commissie. De minister nam de aanbeveling betreffende de duur van de geldigheid van de verklaring niet over. In de Memorie van Toelichting schreef hij dat de Raad hem in grote lijnen steunde.¹³⁴

Tijdens het plenaire debat in de Tweede Kamer probeerde De Savornin Lohman, nu afgevaardigde van de CHU, zijn gram te halen voor het in 1905 gestrande wetsontwerp. Volgens hem waren de Nederlandse artsen danig tekortgeschoten, omdat zij de bijwerkingen van de vaccinatie hadden miskend:

'Men moet eens in die geschriften nalezen wat de kinderen soms te lijden hebben van de inenting, hetzij dat de dood er op volgt of niet. Maar dat wordt eenvoudig doodgezwegen door de heeren medici. Daarover praten zij niet. Ik spreek niet over hen individueel, want ik ken onder de

geneeskundigen mannen die voortreffelijke en zelfopofferende mensen zijn. Maar voor de geheele confrerie kan ik hetzelfde respect niet hebben. De heeren medici vormen ook een soort van clerus, waaraan wij ons te onderwerpen hebben. Zelfs de Minister van Binnenlandse Zaken verdedigt zijn ontwerp - en hij heeft daaraan gelijk, want men moet met dien clerus rekening houden - met te zeggen, dat wij gerust kunnen zijn, want dat de Centrale gezondheidsraad (...) en het bestuur van de Vereeniging tot bevordering van de koepokinenting het hebben goedgekeurd. En die heeren mogen er alleen over oordeelen.'

De antirevolutionaire afgevaardigde H. Pollema (1851-1932) vond het opvallend dat de Centrale Gezondheidsraad zijn goedkeuring had verleend aan dit wetsvoorstel, maar ook hij greep terug op het verleden:

'Maar nu heb ik mij zelf afgevraagd: hoeveel kinderen zullen niet in al die jaren grafwaarts zijn gedragen ten gevolge van de wetbepaling, die de verplichte vaccine voorschrijft. Het is toch aan ieder onderwijzer goed bekend, dat er kinderen zijn, die niet gevaccineerd kunnen worden, omdat de vaccine zeer schadelijk is voor hun gezondheid, zelfs den dood ten gevolge kan hebben.'

Heemskerk ging niet op deze kritiek in. Hij antwoordde dat het vaccinatievraagstuk, nu aan de medische bezwaren tegemoet was gekomen, tot het verleden behoorde. Volgens de antirevolutionaire minister had het godsdienstige bezwaar tegen de inenting afgedaan. De Tweede en Eerste Kamer namen zonder hoofdelijke stemming het wetsontwerp van Heemskerk aan.¹³⁵ De wet werd vastgesteld op 17 juli 1911 (*Stb.* 208).

Enige jaren later bleek dat het vaccinatievraagstuk nog altijd actueel was. De emoties zouden door het optreden van de complicatie encefalitis postvaccinalis opnieuw hoog oplopen, en weer zou de Gezondheidsraad een belangrijke rol spelen in de voorbereiding van de politieke besluitvorming.

3.2.2 Andere besmettelijke ziekten en de bestrijding van het besmettingsgevaar

Een kleine dertig procent van de adviezen van de Centrale Gezondheidsraad had preventie en bestrijding van ziekten tot onderwerp.¹³⁶ Dat waren vrijwel uitsluitend besmettelijke ziekten, omdat andere aandoeningen nog geen rol van betekenis speelden in het overheidsbeleid.¹³⁷ Behalve pokken maakten ook andere besmettelijke ziekten een belangrijk onderdeel uit van het werkprogramma van de Raad, zoals een selectie van thema's op de volgende pagina's laat zien. Verder komt de bestrijding van het besmettingsgevaar in het algemeen aan de orde.

Lepra

De Centrale Gezondheidsraad nam in 1902 van het voormalige Geneeskundig Staatstoezicht de behandeling over van het vraagstuk of er een leprozeninrichting in Nederland moest komen.¹³⁸ Toen de Raad deze vraag bevestigend beantwoordde, kreeg hij van de minister de taak een wetsontwerp op te stellen 'houdende een regeling ten opzichte van de lepra'.

De Raad voltooide de opdracht in 1904. Het wetsontwerp regelde de stichting van een leprozenhuis, de verpleging van patiënten en de ontsmetting van huizen en voorwerpen. De Raad drong aan op invoering van een aangifteplicht voor de ziekte en vond dat leprolijders desnoods met dwang moesten worden opgenomen in de leprozeninrichting. Tegen dit laatste werd in één van de twee minderheidsnota's fel geprotesteerd. Het geringe besmettingsgevaar van de ziekte maakte het niet nodig meer dwang toe te passen dan bij de bestrijding van andere besmettelijke ziekten, aldus deze nota.¹³⁹

SDAP-afgevaardigde Van Kol drong in de Tweede Kamer aan op uitvoering van het advies van de Raad. Een leprozenhuis kon het beklagenswaardige bestaan van de melaatsen verzachten en bovendien verspreiding van de ziekte voorkomen. Minister Rink besloot echter het advies niet op te volgen. Hij vond het aantal leprolijders te klein (in 1904 dertig) en de kans op besmetting in een niet-tropisch land als Nederland te gering om tot oprichting van een leprozenhuis over te gaan. Bovendien stelden de kosten die met uitvoering van het advies van de Raad waren gemoeid - alleen voor oprichting van het leprozenhuis moest al f 85.000 worden uitgetrokken - te hoge eisen aan de schatkist.¹⁴⁰

Het particulier initiatief nam de leprabestrijding wel ter hand. De in 1914 opgerichte Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der melaatschheid¹⁴¹ opende in 1918 een leprozenhuis in het Veluwe Heerde. Vanwege financiële problemen moest zij twee jaar later de inrichting sluiten. Op advies van de Centrale Gezondheidsraad bracht overheidssubsidie uitkomst.¹⁴² In de loop van het interbellum werd het leprozenhuis, 'waar een zestal lijdens in een mooie, gezonde omgeving rust en goede verzorging kunnen vinden', heropend. Via wijziging van de Epidemiewet in 1929 werd de aangifte van lepra verplicht.¹⁴³

Tuberculose

In de negentiende eeuw beschouwde men tuberculose (tbc, tering) nog als een onuitroeibaar kwaad.¹⁴⁴ De ommekeer kwam na de ontdekking van de tuberkelbacil in 1882 door Robert Koch, waardoor bewezen werd dat tuberculose een besmettelijke ziekte is. Het geloof in preventieve maatregelen nam snel toe. In Nederland daalde de sterfte aan tuberculose aanvankelijk van twintig gevallen per 10.000 inwoners in 1890 tot elf in 1914. Aan het eind van de Eerste Wereldoorlog werd weer het niveau van 1890 bereikt. De tuberculosebestrijding kwam in het begin van deze eeuw dank zij particuliere organisaties op gang. In 1903 werd in Rotterdam de eerste plaatselijke vereniging voor de bestrijding van tuberculose opgericht en snel volgden Haarlem, Amsterdam, Arnhem, Den Haag en Utrecht. In 1914 bestonden er reeds 49 verenigingen voor tuberculosebestrijding, waarvan 27 met een consultatiebureau. Als landelijke organisatie opereerde vanaf 1903 het Nederlandsch Centraal Comité tot bestrijding der Tuberculose, in 1907 omgezet in de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose (NCV).¹⁴⁵

Het onderwerp 'tuberculose' stond vaak op de agenda van de Centrale Gezondheidsraad. In 1904 werden zelfs drie adviezen aan deze ziekte gewijd. Het belangrijkste daarvan betrof de bijdrage die de overheid aan de bestrijding kon leveren. De Raad stelde een hele reeks van medische en sociale maatregelen voor: een verplichting voor artsen om alle gevallen van open long- en keeltuberculose te melden; de mogelijkheid voor artsen om, zo nodig kosteloos, sputa en andere afscheidingen van patiënten op tuberkelbacillen te laten onderzoeken; ondersteuning van verenigingen op het gebied van de bestrijding van tuberculose; strikte controle op naleving van de Woning-, Arbeids- en Veiligheidswet; instelling van een geneeskundig schooltoezicht; bestrijding van tuberculose onder het rundvee; toezicht op het smetvrij zijn van melk- en slachtvee; en invoering van een verzekering tegen de gevolgen van de ziekte.¹⁴⁶

Daarvan nam Kuyper alleen de ondersteuning van de particuliere organisaties over. Hij reserveerde voor deze post op de begroting van 1904 een bedrag van f 10.000. Dit bedrag zou geleidelijk oplopen tot f 220.000 in 1918. De particuliere organisaties, overkoepeld door de NCV, konden met deze subsidie sanatoria en consultatiebureaus bekostigen en zorgen voor de verpleging van tuberculosepatiënten uit lagere sociale klassen. Kuyper liet in 1904 weten dat de centrale overheid geen rijkssanatoria zou oprichten. De tuberculosebestrijding werd, zij het met forse subsidiëring, overgelaten aan het particulier initiatief.¹⁴⁷

Van de overige bemoeienissen van de Raad met het onderwerp tuberculose wordt hier alleen nog het advies uit 1917 genoemd over de vraag of de bestrijding van deze ziekte kon worden geïntensiveerd. Probleem was dat het aantal gevallen van tuberculose na het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog sterk steeg. Volgens de Raad kon er inderdaad meer worden gedaan, namelijk opheffing van het tekort aan plaatsen in de sanatoria; het kosteloos of goedkoop aanbieden van behandeling; uitbreiding van de gezinsverpleging; bescherming van kinderen uit tuberculeuze gezinnen door bijvoorbeeld verbetering van woningen en het aanbieden van vakanties en plaatsen in herstellingsoorden; het weren van kinderen met open longtuberculose van school (waarbij wel vervangend onderwijs moest worden aangeboden); en verplichte aangifte van gevallen van open tuberculose.

De opzet van de tuberculosebestrijding hoefde volgens de Raad nauwelijks te worden aangepast. Het zwaartepunt moest blijven liggen bij particuliere liefdadigheid, gesteund door het rijk en onder de vleugels van de NCV.¹⁴⁸ Dit laatste spoorde niet met de kritiek die het beleid van de NCV meer en meer opriep in kringen van artsen en Tweede-Kamerleden. Zij verweten de NCV een ondemocratisch en bureaucratisch beleid en gebrek aan aandacht voor preventie van de ziekte, de zogenoemde sociale

tuberculosebestrijding. Op het terrein van preventie was volgens de critici een belangrijke rol voor de staat weggelegd.¹⁴⁹

De regering meende dat de gehele zaak in breder verband moest worden gezien en organisatorisch uitgewerkt. Zij benoemde in 1918 een 'Staatscommissie tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding van de tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dezer ziekte'.¹⁵⁰ Deze commissie koos in een in 1922 uitgebracht rapport, met vijf minderheidsnota's, voor een beleid gericht op zowel vermindering van de besmettingskansen (directe bestrijding), als algemene verhoging van het weerstandsvermogen van de bevolking (indirecte of sociale bestrijding). Daarbij zouden door de overheid te financieren consultatiebureaus een centrale rol moeten gaan spelen. De aanbevelingen werden opgevolgd: vanaf de jaren twintig ontwikkelde zich een uit het particulier initiatief ontstaan netwerk van districtsconsultatiebureaus, die werden beheerd door provinciale verenigingen. Deze instellingen werden onder controle geplaatst van het Staatstoezicht, die een Rijksinspectie voor de Tuberculosebestrijding oprichtte. Deze dienst moest toezicht houden op de sanatoria en op de besteding door het particulier initiatief van de honderdduizenden guldens aan rijkssubsidie. De taken van de NCV werden beperkt tot voorlichting, opleiding van huisbezoeksters en bevordering van wetenschappelijk onderzoek. De NCV bleef de 'koepel' van de particuliere verenigingen en stichtingen op het terrein van de tuberculosebestrijding.¹⁵¹

Cholera

In de negentiende eeuw werd Nederland door verschillende cholera-epidemieën getroffen.¹⁵² De laatste grote epidemie trad op in de jaren 1866-1867, toen ruim 21.000 mensen aan de ziekte overleden. Door de opkomst van de bacteriologie - de verwekker van cholera werd in 1883 door Koch geïsoleerd - nam de kennis over de preventie van de ziekte zienderogen toe. Dat de overheid waakzaam moest blijven, bleek in de periode 1892-1894 toen de cholera-bacil 784 slachtoffers in Nederland maakte.¹⁵³

In 1905 deed het bericht de ronde dat in Duitsland cholera was geconstateerd. Minister Rink vroeg de Gezondheidsraad welke maatregelen hij moest nemen om de ziekte te weren. De minister nam drie van de door de Raad voorgestelde maatregelen op in het K.B. van 22 september 1905 (*Stb.* 275). Het betrof extra toezicht door de marine op binnenkomende schepen, inschakeling van een universiteitslaboratorium voor het doen van onderzoek, en het in uiterste geval ter beschikking stellen van militair personeel en materieel.¹⁵⁴ Het bleek echter loos alarm; de cholera zou onze grenzen in 1905 niet passeren.

In de Tweede Kamer klonk kritiek op het late tijdstip waarop de maatregel werd afgekondigd; het was al sinds begin september bekend dat in Duitsland cholera was uitgebroken. Rink vond deze kritiek onzin. Hij sloot uit dat in een dergelijke kwestie de Centrale Gezondheidsraad als adviesorgaan werd gepasseerd. De Raad bracht binnen een week advies uit; al op 13 september werd het besluit aan de koningin voorgelegd.¹⁵⁵

Drie jaar later publiceerde de Raad, na overleg met het hoofdbestuur van de schippersvereniging Schuttevaer, een pamflet met een reeks van waarschuwingen tegen cholera en met tips hoe de schippers zich tegen deze ziekte konden beschermen. Oplettendheid was geboden, omdat de cholera in Rusland heerste.¹⁵⁶ In 1909 braken cholera-epidemieën uit in verschillende Europese havensteden die een scheepvaartverbinding onderhielden met St.-Petersburg. Zo ook, zij het op kleine schaal, in Rotterdam.¹⁵⁷ Vanuit deze stad verspreidde de ziekte zich binnen twee weken naar andere havensteden in Nederland. In totaal overleden achttien personen aan deze infectieziekte.

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid trad met kracht op tegen de cholera-epidemie. Patiënten werden afgezonderd en besmette goederen gedesinfecteerd. Andere preventieve maatregelen waren gericht op de gehele bevolking: er werd zuiver drinkwater aangeboden en het toezicht op woningen en slaapsteden werd verscherpt. De gezondheidscommissies en de geneeskundig inspecteurs zorgden samen met de plaatselijke autoriteiten voor uitvoering van de maatregelen.¹⁵⁸

De Centrale Gezondheidsraad zelf stelde de regering van de verbreiding van de ziekte op de hoogte; vroeg de Gedeputeerde Staten om medewerking; spoorde de directies van de Spoor- en Tramwegmaatschappijen aan de wettelijke bepalingen uit het K.B. van 22 september 1905 ter beteugeling

van de cholera uit te voeren; regelde de aanvoer van zuiver drinkwater naar plaatsen waar het water besmet was; leende een verplaatsbare Rijksziekenbarak uit; en bereidde een algemene rivierbewaking voor.¹⁵⁹ De maatregelen bleken al snel te werken. Binnen een maand was de ziekte uit Nederland verdreven.¹⁶⁰ Dit tot grote tevredenheid van de Tweede Kamer, die hulde betoonde aan het Staatstoezicht.¹⁶¹

Geslachtsziekten

De geslachtsziektenbestrijding stond in de tweede helft van de negentiende eeuw in het teken van reglementering van de prostitutie. In 34 gemeenten waren bepalingen van kracht die prostitueés verplichtten zich aan geneeskundige controles te onderwerpen en die voorschriften bevatten voor de inrichting van bordelen. Dit plaatselijke toezicht werkte niet bevredigend en bovendien stuitte de reglementering van de prostitutie op principiële bezwaren. Op aandrang van onder meer de Nederlandsche Vereeniging tegen de Prostitutie werd vanaf 1885 het geneeskundig onderzoek in verschillende gemeenten afgeschaft. De Zedewet van 1911 (*Stb.* 130) maakte de reglementering definitief onmogelijk.¹⁶²

Spoedig werden nieuwe initiatieven op het terrein van de geslachtsziektenbestrijding ontwikkeld. De belangrijkste was de oprichting in 1914 van de Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der Geslachtsziekten.¹⁶³ Een jaar eerder had minister Heemskerk de Centrale Gezondheidsraad verzocht een onderzoek in te stellen naar de aanwezigheid van geslachtsziekten en voorstellen te doen hoe deze ziekten konden worden bestreden. De Raad deed een beroep op alle artsen om gevallen van geslachtsziekten aan hem door te geven. Het onderzoeksverslag verscheen in 1919. Daaruit bleek dat geslachtsziekten wijd verbreid waren, door de langdurige mobilisatie tijdens de Eerste Wereldoorlog en door de komst van veel besmette vluchtelingen naar Nederland. De rijksoverheid moest optreden, aldus de Raad, anders konden deze ziekten niet worden teruggedrongen. Besmettingshaarden moesten worden uitgeroeid en besmettingswegen afgesneden, en om dit te bereiken pleitte de Raad voor een grote voorlichtingscampagne. Voorts werd de minister in overweging gegeven mensen te laten isoleren die door schuld of nalatigheid anderen hadden besmet. De Raad drong ook aan op steun aan particuliere verenigingen en een verplichting voor artsen alle gevallen van geslachtsziekten te melden bij de inspectie.¹⁶⁴

De Raad verwachtte dus opnieuw veel van de rijksoverheid, maar de regering had wederom weinig trek in het ondernemen van actie. Zij liet de bestrijding opnieuw over aan het particulier initiatief. De Vereeniging tot bestrijding der Geslachtsziekten kreeg hiervoor een subsidie van f 10.000. Deze vereniging richtte consultatiebureaus op en startte een voorlichtingscampagne om uitbreiding van de ziekte tegen te gaan.¹⁶⁵

Quarantaine

De Centrale Gezondheidsraad nam de taak van het voormalige Geneeskundig Staatstoezicht over om toe te zien op naleving van de bepalingen uit de Quarantainewet van 1877 (*Stb.* 35). Dit hield in dat hij de 'besmetverklaringen', wegens de pest, van de havens van Calcutta, Bombay, Karachi, Alexandrië, Port Said, Smyrna, Constantinopel, Kaapstad, Port Elizabeth en Rio de Janeiro moest handhaven. Scheepvaartverkeer met deze havens was niet mogelijk zolang de Quarantaine-commissie uit de Centrale Gezondheidsraad vasthield aan de 'besmetverklaring'.

De bewuste commissie moest ook nagaan of berichten van Nederlandse consuls en andere autoriteiten uit het buitenland een 'besmetverklaring' van een bepaalde haven rechtvaardigden. Het ministerie van Buitenlandse Zaken stuurde deze berichten naar de Centrale Gezondheidsraad. In 1902 beval de Raad aan de havens Alexandrië en Odessa, wegens respectievelijk cholera en pest, besmet te verklaren. De minister volgde de aanbevelingen op;¹⁶⁶ dat gebeurde ook met andere door de Quarantaine-commissie voorgestelde 'besmetverklaringen'.

De Epidemiewet van 1872 stelde de gemeentebesturen in de gelegenheid besmette goederen te onteigenen, te vernietigen of te ontsmetten. De lokale autoriteiten zagen meestal van ontsmetting af, omdat zij zelf voor de kosten daarvan moesten opdraaien. Zij voelden meer voor onteigening en vernietiging van goederen, ten laste van het rijk. Toen rond 1900 veel gemeentebesturen ook met de tuberkelbacil besmette goederen - tuberculose werd niet in de Epidemiewet genoemd - lieten onteigenen en vernietigen, greep de rijksoverheid wegens de omvang van de haar gepresenteerde rekeningen in: zij legde de gemeentebesturen beperkingen op voor het onteigenen en vernietigen van goederen. Maar tot ontsmetting gingen veel gemeentebesturen nog steeds niet over, ook al vanwege het tekort aan materieel en aan deskundig personeel.¹⁶⁷

De regering ging op zoek naar een nieuwe regeling. Zij vroeg de Centrale Gezondheidsraad een Ontsmettingswet te ontwerpen. In het ontwerp, uit 1903, legde de Raad de verantwoordelijkheid voor ontsmetting van voorwerpen, gebouwen, voer- en vaartuigen bij de rijksoverheid, die ervoor moest zorgen dat deskundig personeel werd opgeleid. De Raad adviseerde een mobiele Rijksontsmettingsdienst in het leven te roepen, die moest gaan doen wat de gemeentebesturen nalieten.¹⁶⁸

Minister Kuyper vond deze aanpak te duur; een Rijksontsmettingsdienst zou f 300.000 per jaar kosten. In de Tweede Kamer klonk kritiek op de bewindsman wegens het niet oprichten van een ontsmettingsdienst. Hij zou daarmee schade aan de volksgezondheid berokkenen. De minister antwoordde dat de regering niet passief was gebleven, maar het aantal Rijksontsmettingsovens had uitgebreid.¹⁶⁹

Ook Rink durfde geen dure operatie aan. Uiteindelijk hakte Heemskerk de knoop door. In 1909 diende hij bij de Tweede Kamer een voorstel in tot wijziging van de Epidemiewet, waarin hij de verantwoordelijkheid voor ontsmetting bij de gemeentebesturen liet. De regering was wel bereid de helft te betalen van de kosten van oprichting of uitbreiding van ontsmettingsdiensten, van ontsmetting, onteigening en vernietiging van goederen, en van opleiding van ontsmetters. In 1910 gaf de Staten-Generaal het groene licht voor de wetswijziging, na aannahme van een amendement van Goeman Borgesius dat bepaalde dat de kosten van onteigening en vernietiging van goederen, net als voorheen, geheel door de rijksoverheid moesten worden betaald (Wet van 14 Juli 1910, *Stb.* 204).¹⁷⁰

Ontsmetting van schepen

Rond de eeuwwisseling kwamen de eerste internationale verdragen op het terrein van de volksgezondheid tot stand. De regering schakelde de Centrale Gezondheidsraad in om de multilaterale overeenkomsten uit te werken, zoals in het kader van de toetreding van Nederland tot de Internationale Sanitaire Conventie van Parijs.¹⁷¹ De leden van deze Conventie waren verplicht in minstens één haven een inrichting te hebben om schepen te ontsmetten en van ratten te verlossen.

Na proefnemingen op met lompen bezaaide scheepsruimten¹⁷² adviseerde de Raad in 1906 een ontsmettingstoestel volgens het systeem-Marot te kopen, dat werkte met vloeibare zwaveldioxide.¹⁷³ In 1909 werd dit toestel vlakbij het Quarantaine-station in de Nieuwe Waterweg¹⁷⁴ in bedrijf gesteld. Een jaar later drong de Raad aan op aanschaf van een tweede toestel, zodat binnenkomende schepen niet alleen op de Nieuwe Waterweg, maar ook op het Noordzeekanaal met spoed konden worden 'ontrat'.¹⁷⁵ Maar de regering wilde wegens de hoge kosten, f 18.000, daartoe niet overgaan.

Rijksziekenbarakken

Artikel 7 van de Epidemiewet van 1872 verplichtte de gemeenten een lokatie in te richten voor de verpleging van lijdens aan besmettelijke ziekten. Omdat deze bepaling slecht werd nageleefd, stelde de rijksoverheid verplaatsbare ziekeninrichtingen ter beschikking. Deze barakken moesten worden ingezet bij de opvang, behandeling en ontsmetting van lijdens aan besmettelijke ziekten in gemeenten zonder behoorlijk ziekenhuis. Minister Kuyper vroeg de Centrale Gezondheidsraad welk systeem van verplaatsbare Rijksziekenbarak de overheid moest kopen. De Raad koos in zijn advies voor de barak

volgens het systeem-Döcker, omdat deze gemakkelijk vervoerd, opgebouwd, ontsmet en geventileerd kon worden.¹⁷⁶ Hij vond dat de barakken onder zijn beheer moesten komen. De gemeentebesturen konden een aanvraag indienen voor het huren van een barak. De kosten van het vervoer en het gebruik van de barakken, waaronder het loon van twee deskundige werklieden, kwamen voor rekening van de gemeentebesturen. Minister Kuiper volgde het advies op; in 1904 schafte hij de eerste barak aan.¹⁷⁷

De verplaatsbare ziekenbarakken bleken een succes. Veel gemeentebesturen huurden bij de Raad barakken. In 1915 beschikte de Raad over acht verplaatsbare ziekenbarakken, waarvan vier volgens het systeem-Döcker.¹⁷⁸

Publieksvoorlichting

Door publikatie van zogenoemde wenken en vlugschriften probeerde de Centrale Gezondheidsraad begrip te kweken voor de noodzaak van preventie van ziekten. De onderwerpen betroffen vooral besmettelijke ziekten, zoals buiktyfus (in 1907) en pest (in 1911). In deze vlugschriften werd de aard van de ziekte beschreven, evenals de mogelijkheden van verpleging, ontsmetting, en, zoals gezegd, preventie.¹⁷⁹

De Raad gaf vanaf 1915 een reeks pamfletten uit over insecten als ziekteverspreiders, te beginnen met een waarschuwing tegen het 'vliegengevaar'. Vliegen werden omschreven als 'voor ons mensen lastige, vieze en voor onze gezondheid gevaarlijke dieren'. Men kon ze het leven zuur maken door 'vliegenpapier, plakstrooken en glazen vliegenvallen'.¹⁸⁰ Later verschenen vlugschriften tegen de 'muggen-' (onder meer met het oog op malaria) en de 'luizenplaag'; wees zindelijk, aldus de Raad, want 'luizen zijn vies en men vindt ze bij vuile mensen'.¹⁸¹

In hoeverre de vlugschriften bekendheid genoten onder de bevolking en bijdroegen aan verbetering van de volksgezondheid, valt moeilijk na te gaan. De Raad bracht de folders op eigen initiatief uit en van samenwerking met de kruisverenigingen, die zich ook op dit terrein bewogen, was geen sprake. In het interbellum kwam de publieksvoorlichting vrijwel geheel in handen van particuliere organisaties en de geneeskundige hoofdinspectie.¹⁸²

3.2.3 Beroepsziekten

Ook de beroepshygiëne prijkte op de agenda van de Centrale Gezondheidsraad. Zo verrichtte hij onderzoek naar preventie en bestrijding van de mijnworm- en caissonziekte. De Raad had op dit vlak zeker eer van zijn werk.

Mijnwormziekte

De mijnwormziekte (ankylostomiasis), oorspronkelijk een tropenziekte, werd in 1879 voor het eerst in Europa gezien, namelijk bij werklieden in de St. Gotthard-tunnel, die door vermoeidheid en bloedarmoede danig waren verzwakt.¹⁸³ In hun ingewanden bevonden zich kleine wormen die bloed uit de darmwand zogen. Deze besmettelijke ziekte sloeg over naar mijnen in België en Duitsland, aldus alarmerende berichten die de Centrale Gezondheidsraad in 1903 ontving. In het Ruhrgebied waren al 90.000 arbeiders door de mijnwormziekte getroffen. Omdat de besmette arbeiders in Duitsland uit de mijnen werden geweerd, vreesde de Raad dat zij hun toevlucht zouden zoeken tot de Limburgse mijnen. De Raad adviseerde de minister een onderzoek in te stellen naar het optreden van de mijnwormziekte in Nederland.¹⁸⁴

In 1904 gaf Kuiper de Centrale Gezondheidsraad toestemming om, samen met twee deskundigen van de mijnen in Limburg, het gevraagde onderzoek uit te voeren. De uitkomst was onthutsend: liefst één op de vier mijnwerkers bleek geïnfecteerd. De Raad zag kansen de ziekte te bestrijden. Allereerst mochten alleen mijnwerkers worden aangenomen die konden bewijzen dat zij geen mijnwormen hadden. Al besmette arbeiders konden een zogenoemde afdrijvingskuur volgen, te betalen door de ziekenfondsen. Ook stelde de Raad voor ziekengeld te betalen aan besmette arbeiders om hen te motiveren een kuur te volgen. Preventie van de ziekte maakte een belangrijk onderdeel van het advies uit. De Raad wenste aanleg van goede boven- en ondergrondse privaten, boetes voor het doen van de behoeften buiten de privaten, kasten

om het werkgoed te bewaren en te drogen, en goede was- en badgelegenheden. De Raad stelde tot slot een wetsontwerp op waarin veel van de voorgestelde maatregelen waren verwerkt.¹⁸⁵

De minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid, onder wie mijnbouw ressorteerde, volgde de adviezen van de Centrale Gezondheidsraad met spoed op. Nog in 1904 kregen de directies van de mijnen het verbod nieuwe arbeiders aan te nemen die niet konden bewijzen wormvrij te zijn. Op kosten van het ziekenfonds konden mijnwerkers zich laten behandelen.¹⁸⁶ De bewindsman verwerkte het wetsvoorstel van de Raad voor een groot deel in het Mijnreglement, vastgesteld bij K.B. van 22 september 1906 (*Stb.* 38).

De voorgestelde maatregelen bleken effect te sorteren. Een vervolgonderzoek wees uit dat in 1908 nog maar twee procent van de onderzochte arbeiders besmet was.¹⁸⁷

Caissonziekte

Sinds het eind van de vorige eeuw worden bij het bouwen van bruggen en tunnels caissons gebruikt. Een caisson is een onder water gelegen kamer waarin arbeiders onder hoge luchtdruk funderingen aanleggen. Vroeger stonden zij daarbij aan grote gevaren bloot. Zo kwam bij een te snelle overgang van een hogere naar een lagere druk stikstof in het bloed vrij (in de vorm van fijne gasbelletjes). Verschijnselen van caissonziekte, zoals bot- of ooraandoeningen, waren het gevolg. Voor de Arbeidsinspectie was dit reden bij de regering op een wettelijke regeling aan te dringen.¹⁸⁸

Toen de gezondheidscommissie van Amsterdam in 1904 liet weten dat men bij de aanleg van het westelijk spoorwegviaduct in Amsterdam waarschijnlijk van caissons gebruik zou maken, ontving de Centrale Gezondheidsraad van minister Kuyper het verzoek de gevaren van caissonarbeid te bestuderen. De Raad stelde een lijst met voorzorgsmaatregelen tegen caissonziekte op. Bij het aannemen van werknemers moest beter worden gelet op hun lichamelijke gesteldheid. Ze mochten niet jonger dan twintig en ouder dan vijftig jaar zijn. Het caissonwerk diende onder medische controle te staan. De betrokken deskundigen konden arbeiders tijdelijk van het werk uitsluiten. Verder moesten de drukverschillen in de werkkamers zo klein mogelijk blijven, de lucht voldoende worden verversd en de maximaal toelaatbare druk vastgesteld. De werkgevers moesten volgens de Raad betalen voor geneeskundige behandelingen.¹⁸⁹ De minister nam het advies van de Raad over. Het resultaat was de Caissonwet van 22 mei 1905 (*Stb.* 143). Niet het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, maar de Arbeidsinspectie werd met het toezicht op naleving van de wet belast.¹⁹⁰

3.2.4 Uitoefening van de geneeskunde

De Centrale Gezondheidsraad werd herhaaldelijk ingeschakeld voor het formuleren van regels die de regering wilde stellen voor de uitoefening van de geneeskunde. Ruim dertien procent van de adviezen was aan dit thema gewijd. Het ging om vaststelling van de examenonderwerpen voor bijvoorbeeld ziekenverpleegsters en apothekers-assistenten, omschrijving van de bevoegdheden van vroedvrouwen en heilgymnasten, formulering van de voorwaarden waaraan weegwerktuigen in de apotheken moesten voldoen, opstelling van een ontwerp van een wet voor de uitoefening van de artseneijbereidkunde (farmacie), en bestrijding van de kwakzalverij. Omdat dit alles te veel is om hier te behandelen, beperkt deze paragraaf zich tot de positie van de vroedvrouwen en de kwakzalvers, onderwerpen waarover de Raad niet het verlossende woord wist te spreken, gezien het feit dat zij een nog immer actuele bron van spanningen vormen.

Verloskunde

De Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (1865) verklaarde artsen volledig bevoegd op het terrein van de verloskunde. De vroedvrouwen ondervonden grote hinder van deze competentie, vooral omdat zij gecompliceerde bevallingen aan artsen moesten overlaten.¹⁹¹ Aanvankelijk schaarde de Centrale Gezondheidsraad zich achter de wet, bijvoorbeeld in 1905, toen de Raad een brochure opstelde met 'Inlichtingen en raadgevingen aan vroedvrouwen bij de uitoefening harer praktijk'. Daarin gaf hij tips over

hoe te handelen bij het beginnen van een praktijk en ging hij in op: de verplichtingen; naleving van de eed; reinheid; gebruik van de instrumenten; nabehandeling; zorg voor de ogen van de baby; en preventie van besmettelijke ziekten. Maar ook gaf de Raad de vroedvrouwen het advies, in de geest van de wet, alleen assistentie te verlenen bij bevallingen met een 'ongestoord natuurlijk verloop' en af te zien van het geven van geneeskundige aanwijzingen aan zwangere vrouwen. De Raad wilde in hetzelfde jaar niets weten van de wens van het hoofdbestuur van de Bond van Vrouwelijke Verloskundigen om de bevoegdheden van deze beroepsgroep uit te breiden. Vroedvrouwen moesten zich beperken tot de normale bevallingen; bij complicaties moesten artsen in het geweer komen.¹⁹²

Aan het eind van de hier besproken periode draaide de Centrale Gezondheidsraad bij. Uit een enquête die hij in 1917 onder vroedvrouwen hield, bleek dat de vroedvrouwen weinig verdienden. De Raad beval hen aan samen te werken in vakverenigingen, om te streven naar verhoging van de veel te lage tarieven. In een advies uit 1911 stelde hij:

'Er is geene reden, waarom ook niet de vroedvrouw een loon zou krijgen voor hare, vaak zo afmattende en altijd zoo verantwoordelijke werkzaamheden, dat evenredig is aan de in de laatste jaren toch geheel gewijzigde loonstandaard der arbeidende bevolking.'

Die vakverenigingen moesten ook de strijd aanbinden tegen wat de Raad zag als oneerlijke concurrentie van artsen. De Raad sprak de hoop uit dat artsen de vroedvrouwen meer gingen waarderen. Bovendien moest er een eind komen aan de situatie dat iedere arts zonder meer competent geacht werd om operatieve ingrepen te verrichten op verloskundig gebied; alleen specialisten moesten deze bevoegdheid krijgen.¹⁹³ In 1920 pleitte de Raad voor wettelijke maatregelen om de positie van vroedvrouwen te verbeteren, onder meer door beperkte verruiming van hun bevoegdheden.¹⁹⁴ Deze aangelegenheid keert in het volgende hoofdstuk terug.

Kwakzalverij

Het optreden van kwakzalvers baarde medici reeds vele eeuwen grote zorgen.¹⁹⁵ De medische beroepsgroep duldde geen concurrentie van onbevoegden en streefde naar alleenrecht op het bieden van geneeskundige hulp. Met de Wet van 1865 in de hand deden artsen en apothekers geregeld een beroep op de overheid om op te treden tegen kwakzalvers. Vanaf 1881 genoten zij de steun van de Vereeniging tegen de Kwakzalverij, die een voorlichtingscampagne startte. Niet alle bewindslieden waren overtuigd van de noodzaak maatregelen te nemen tegen de kwakzalverij. Zo plaatsten de staatslieden Kuyper en De Savornin Lohman vraagtekens bij deze acties. Laatstgenoemde formuleerde in december 1901 in de Tweede Kamer zijn bedenkingen als volgt:

'Ik wenschte zoo gaarne, dat in Nederland de menschen zich mochten laten genezen op de wijze die zij zelf goedvinden. Ik heb er niets tegen, dat er verboden wordt onbevoegd geneeskunde uit te oefenen, in dien zin, dat iemand zich geen titel mag aanmatigen, die hem niet toebehoort; (...) Wanneer men nu de zoogenaamde kwakzalvers slechts vervolgde wanneer het duidelijk was, dat zij met hun geneesmiddelen veel nadeel stichtten, zou ik nog zeggen: geeft het heft niet uit handen, om in dat geval te kunnen optreden. Maar dat is het geval niet. Men vervolgt, naar het schijnt, bij voorkeur die menschen, welke meer genezen dan de dokters. Het is vaak een quaestie van concurrentie.'¹⁹⁶

Kuyper ondersteunde de opvatting van zijn collega:

'Ik deel niet in dien algemeenen kwakzalvershaat, wat wel hier van komen zal, dat ik niet zoo lang in officieele functiën heb verkeerd, wat gewoonlijk zekere neiging opwekt tot afkeer van alles wat niet officieel is. Als men zo'n 64 jaar zich bewogen heeft op niet officieel terrein, krijgt men zekere voorliefde voor het franc-tireurschap. Zeker alles wat onrecht is, alles wat aanleiding geeft tot het bezigen van valsche titels, alles wat kwaad kan doen, behoort te worden tegengegaan, maar ik stem met den heer de Savornin Lohman toe, dat de vraag wel dient te worden overwogen, in hoeverre de toenemende bestrijding van de kwakzalverij niet haar grond heeft in zekere concurrentie, die men zich liever niet meer zou aangedaan zien.'¹⁹⁷

Rink wilde de kwakzalverij wel bestrijden. Hij vroeg de Centrale Gezondheidsraad in 1905 welke maatregelen hij kon nemen. De Raad antwoordde een jaar later dat een absoluut verbod van de kwakzalverij onmogelijk was. Wel vond hij dat de regering krachtiger moest optreden, bijvoorbeeld via

het treffen van wettelijke maatregelen. Hierbij dacht de Raad onder meer aan heffing van invoerrechten op de toegestane spécialités; koppeling van de verkoop van deze produkten aan een vergunningsrecht; en verbod op het openlijk verkopen van kwakzalversmiddelen onder aanwijzing van werkzaamheid tegen specifieke ziekten en kwalen.¹⁹⁸

Tot wettelijke maatregelen kwam het echter niet. Rink wilde eerst de Wet regelende de uitoefening der artseneijberekunst (1865) aanpassen, waarin hij bepalingen wilde opnemen voor de bestrijding van kwakzalverij.¹⁹⁹ Deze wetswijziging liet echter nog jaren op zich wachten.

De kwakzalverij bleef intussen de gemoederen bezighouden. Dit bleek bijvoorbeeld in 1910 uit een brief waarin de gezondheidscommissie van Utrecht de behandeling van een epilepticus door een kwakzalver beschreef. Die had zijn patiënt wijsgemaakt dat hij zou genezen als hij een bepaalde hoeveelheid medicijnen zonder te braken wist te slikken. Bij een mislukking moest de kuur opnieuw van start gaan. Zo liet de patiënt zich anderhalf jaar bezighouden, zonder succes.²⁰⁰

De kwakzalvers brachten in advertenties hun praktijken onder de aandacht van het publiek. Zo ook de vereniging Magic Foot Draft, die een 'Wonder-voetpleister' tegen reuma aanpreef:

'Wij garandeeren dat Wonder-Voetpleisters elk geval van Rheumathiek zullen genezen. (...) De kreupelen en hulpeloozen smijten hunne kruiken en stokken weg, thans voor altijd bevrijd van de pijnen en folteringen van eene vreeselijke ziekte.'²⁰¹

Dit soort middelen werd vanaf 1910 onderzocht in het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid. De pleisters werden daarbij te licht bevonden.²⁰²

In 1910 verscheen een nieuw advies van de Centrale Gezondheidsraad over de kwakzalverij. Ditmaal zag de Raad een voorlichtingscampagne als de oplossing voor de gesignaleerde problemen. Het leek hem het meest praktisch de kwakzalverij te bestrijden met eigen wapens, namelijk de advertentiepagina's in de kranten. De Raad richtte zijn pijlen vooral op nieuwe middelen; reeds lang ingeburgerde 'medicijnen' als Haarlemmerolie en Urbanuspillen waren toch niet uit te bannen.²⁰³

In 1914 drong de Centrale Gezondheidsraad nogmaals aan op bestrijding van de kwakzalverij. Een vaste commissie uit de Raad zou, met medewerking van de farmaceutische inspecteurs, pogingen om nieuwe kwakzalversmiddelen op de markt te brengen kunnen traceren en die door tijdige publikatie van waarschuwingen in de kiem kunnen smoren.²⁰⁴ De minister wees dit plan van de hand; hij wilde de bestrijding van de kwakzalverij overlaten aan de ongesubsidieerde Vereniging tegen de Kwakzalverij, maar dat weerhield de Raad er niet van een jaar later zijn voorstel te herhalen. Bestrijding van de kwakzalverij was absoluut een taak van de rijksoverheid, vond de Raad.²⁰⁵ De regering hield echter voet bij stuk, uit vrees dat het hard aanpakken van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde averechts zou uitwerken en de bevolking nog meer in de armen van wonderdoeners zou drijven.

De Centrale Gezondheidsraad liet zich niet ontmoedigen. Hij zocht naar nieuwe wegen, maar moest dat wel bekopen met een verlies van eensgezindheid. Een kleine meerderheid van de Raad opperde in 1916 om onderscheid te maken tussen onbetrouwbare kwakzalvers, die van de markt moesten worden geweerd, en personen die, hoewel wettelijk onbevoegd, toch een bijdrage konden leveren aan de geneeskunde.²⁰⁶ De regering honoreerde een jaar later het verzoek van de Raad een staatscommissie in te stellen die 'de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren van de geneeskunst, toegepaste geneeswijze en naar de door dezen verkregen resultaten' moest bestuderen. Deze commissie concludeerde, na een uitgebreid onderzoek onder door onbevoegden behandelde patiënten, 'dat, in het belang der zieken en in dat van de maatschappij, moet worden vastgehouden aan de bepaling, dat alleen diegenen het recht wordt gegeven, zelfstandig geneeskunst uit te oefenen, die na een behoorlijke, wetenschappelijke en praktische voorbereiding, voldoende bewijzen van bekwaamheid als geneeskundige hebben afgelegd'.²⁰⁷ De regering onderschreef dit advies, waardoor ook in dit opzicht de Wet van 1865 volledig van kracht bleef.²⁰⁸

3.2.5 Ethiek en recht

In een klein aantal rapporten van de Centrale Gezondheidsraad speelden ethische overwegingen een rol van betekenis, vooral in de adviezen over de pokken. De boventoon voerden deze overwegingen niet. Een

van de weinige uitzonderingen was het rapport over het medisch ambtsgeheim, waarin ook juridische aspecten aan bod kwamen.

Het medisch ambtsgeheim

De vraag of artsen gegevens over hun patiënten mochten doorgeven aan levensverzekeringsmaatschappijen, stond in de tweede helft van de negentiende eeuw een enkele keer op de agenda van de algemene ledenvergaderingen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De eerste maal gebeurde dat in 1864, toen het overleggen van gegevens van patiënten in strijd werd bevonden met het medisch ambtsgeheim. Op het congres van 1888 werd dit standpunt bevestigd.²⁰⁹ De meeste artsen hielden zich aan deze zienswijze.

De directies van de levensverzekeringsmaatschappijen keerden zich fel tegen de principiële opstelling van de artsen. En niet zonder belang, want maatschappijen waren niet verplicht bij zelfdoding de premie uit te betalen. Ook wilden zij weten of de verzekerde al aan 'de dodelijke kwaal' leed op het moment dat hij de verzekering afsloot. De maatschappijen probeerden de artsen te passeren door de gegevens over doodsoorzaken op te vragen bij de Burgerlijke Stand. Toen Kuyper in mei 1902 de gemeentebesturen en de ambtenaren van de Burgerlijke Stand verbood nog langer afschriften van doodsoorzaken te verstrekken, was ook deze informatiebron voor de maatschappijen afgesloten.

Levensverzekeringsmaatschappij Neerlandia deed begin 1903 bij minister Kuyper haar beklag over de opstelling van de artsen. De verzekerde zou uiteindelijk de dupe zijn, omdat opgave van de doodsoorzaak inmiddels in de meeste polissen als voorwaarde gold voor uitbetaling van de premie.²¹⁰ Voorts vroeg Neerlandia de minister om beoordeling van een praktijkgeval. Het betrof een arts die weigerde de reden van overlijden van een van zijn patiënten te onthullen, ondanks de schriftelijke belofte van de patiënt dat zijn geneesheer de doodsoorzaak zou opgeven.²¹¹

Kuyper zag voldoende aanleiding om onverwijld de Centrale Gezondheidsraad in te schakelen. De Raad steunde in een advies uit oktober 1903 in grote lijnen het beleid van de NMG. Artsen hadden het recht en ook vaak de plicht zich te beroepen op het medisch ambtsgeheim. Volgens de Raad bestond er geen noodzaak voor geheimhouding als de patiënt toegestemd had in openbaarmaking van zijn medische gegevens, maar dat wilde niet zeggen dat de arts ook verplicht kon worden daaraan mee te werken. Het verzoek van Neerlandia moest daarom worden afgewezen.²¹²

Inmiddels hadden drie scheidsgerechten levensverzekeringsmaatschappijen in het gelijk gesteld wat betreft het niet uitbetalen van de premie aan nabestaanden van cliënten van wie de doodsoorzaak niet bekend was gemaakt. Kuyper trachtte het geschil in juli 1904 wettelijk te beslechten. Aan de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst wilde hij toevoegen dat artsen bij een schriftelijke machtiging bevoegd waren de doodsoorzaak op te geven aan bestuurders van levensverzekeringsmaatschappijen. Daarmee verviel, dacht hij, het beletsel dat medici zagen in hun ambtseed.²¹³ Tal van leden uit de Tweede Kamer bestreden dat. Zij vonden dat Kuyper deze voor artsen principiële zaak te lichtzinnig had opgevat; het niet inwinnen van het advies van de NMG was hier een voorbeeld van. Volgens Kuyper betrof het hier geen geneeskundige aangelegenheid, maar een rechtswestie waarbij deskundig medisch advies niet geboden was.²¹⁴ Ook buiten de Tweede Kamer gingen er stemmen op tegen het wetsvoorstel. Zo publiceerde het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* artikelen waarin het voorstel als in strijd met 'het karakter en heiligheid van de eed' werd gekenschetst. Het hoofdbestuur van de NMG richtte in november 1904 een adres aan de Tweede Kamer, waarin het op intrekking van het wetsontwerp aandrong. De opvolger van Kuyper, Rink, besloot hiertoe op 20 september 1905.²¹⁵

In de Centrale Gezondheidsraad kwam deze problematiek niet meer ter sprake. Wel in de NMG, waar men in 1907 een commissie in het leven riep bestaande uit artsen en vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen. Op grond van een door hen bereikt akkoord kregen de medische adviseurs van de verzekeringsmaatschappijen sinds 1910 de beschikking over gegevens over de oorzaken van de dood van met naam en toenaam bekende personen, zij het dat deze informatie pas werd geleverd als de uitkering had plaatsgevonden. De adviseurs werden verplicht de gegevens te 'anonimiseren' alvorens ze voor gebruik binnen de verzekeringsmaatschappij vrij te geven. Deze procedure is nog steeds van kracht.²¹⁶

3.2.6 Levens- en genotmiddelen

De Centrale Gezondheidsraad vond dat de overheid normen moest stellen aan levens- en genotmiddelen. De Raad liet dat blijken in rapporten over kwaliteitsbewaking van voedingsmiddelen, de samenstelling van het voedselpakket en over internationale afspraken over het opiumgebruik. Bijna vijftien procent van de adviezen was aan deze thema's gewijd.

Voedingshygiëne

De controle op de hygiënische kwaliteit van voedingsmiddelen, vooral van vlees, keerde bij herhaling op de agenda van de Centrale Gezondheidsraad terug. De minister droeg de kersvers geïnstalleerde Raad op door te gaan met het onderzoek naar de schadelijke gevolgen van ondeugdelijk vlees dat door de voormalige inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht was opgezet.²¹⁷ Ruim een half jaar later liet de Raad weten dat een enquête naar het risico van consumptie van ondeugdelijk vlees overbodig was. Beter was het meteen handelend op te treden. Daarom drong de Raad aan op spoedige instelling van een algemene rijkskeuring van vlees. Slechts enkele gemeenten kenden plaatselijke verordeningen die de keuring van vlees verplicht stelden. Vaak werden die keuringen verricht door onbevoegden, zoals veldwachters, slagers, politieagenten, rietdekkers, en zelfs een kermisviolist. De vele vleesvergiftigingen, soms met dodelijke afloop, waren mede een gevolg van het gebrek aan deskundige keurmeesters. Verder uitstel van het treffen van wettelijke maatregelen was onverantwoord, aldus de Raad.²¹⁸

Het woord 'uitstel' was op zijn plaats. Keer op keer schoven de bewindslieden, met de knip op de overheidsportemonnee, de wettelijke bekrachtiging van de ook in het parlement levende ideeën over vleeskeuring op de lange baan. Uiteindelijk diende de regering in 1913 een ontwerp voor een Wet houdende bepalingen tot wering van vleesch en vleeschwaren, die voor de volksgezondheid schadelijk zijn, kortweg Vleeschkeuringswet genoemd, bij de Tweede Kamer in. Daarin koos zij, in afwijking van het advies van de Centrale Gezondheidsraad, voor instelling van plaatselijke keuringsdiensten. De rijksoverheid moest wel coördineren en ook zorgen voor uniformiteit van de keuringsdiensten, want een aantal gemeentebesturen was op eigen wijze al met de keuring van vlees begonnen.²¹⁹ Na 1906 waren plaatselijke keuringsdiensten met veelal gediplomeerde keurmeesters aan het hoofd als paddestoelen uit de grond geschoten. De Vleeschkeuringswet, die uiteindelijk op 25 juli 1919 (*Stb.* 524) in werking trad, kwam dus in zekere zin als mosterd na de maaltijd.

Behalve met de kwaliteit van het vlees hield de Centrale Gezondheidsraad zich nog met andere aspecten van de voedingshygiëne bezig. Een commissie uit de Raad stelde tussen 1903 en 1908 een wetsontwerp op voor toezicht op de kwaliteit van levens- en genotmiddelen. In zijn advies pleitte de Raad voor instelling van een Rijkskeuringsdienst van Waren. De Raad ontwierp ook een algemene regeling voor de melkverkoop. De directies van de zuivelfabrieken moesten voorzorgsmaatregelen nemen tegen verspreiding van ziekten via melk. Ook ditmaal was de Raad zijn tijd vooruit. Minister Heemskerk achtte de voorstellen te ingrijpend. Hij wilde hoogstens enkele ervan tot wet verheffen.²²⁰ Hoofdinspecteur Ruysch vond dit onbegrijpelijk, aangezien 'het onderzoek van de levens- en genotmiddelen, als men daarvan de zorg van het drinkwater afzondert, een der takken van de gezondheidsleer vormt, die hier te lande nog het minste tot zijn recht komt'.²²¹

Een voorbeeld van het gebrek aan regelgeving stamt uit 1912, toen het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid ontdekte dat oneetbare dierlijke vetten uit de Verenigde Staten en Canada in Nederland waren bewerkt, om de ongeschiktheid voor menselijke consumptie te maskeren. Volgens de Centrale Gezondheidsraad kon alleen een rijkskeuringsdienst dit soort praktijken stoppen.²²² Een wettelijke regeling van de keuring van waren bleef echter uit tot 1919. De regering koos in de Warenwet (*Stb.* 581), net als in de Vleeschkeuringswet, voor het leggen van de verantwoordelijkheid bij de gemeentebesturen. Die moesten een verordening maken voor de keuring van waren. Aanleiding voor het wetsontwerp was het feit dat in de Eerste Wereldoorlog op grote schaal schadelijke surrogaten aan voedingsmiddelen waren toegevoegd. De al her en der bestaande gemeentelijke keuringsdiensten²²³ moesten volgens algemene normen gaan werken en onder coördinatie van de rijksoverheid, aldus het ontwerp. De helft van de kosten van de diensten zou voor rekening van het rijk komen.²²⁴

De Centrale Gezondheidsraad was hevig teleurgesteld. Alleen een Rijkskeuringsdienst van Waren bood volgens de Raad soelaas.²²⁵ De regering vond evenwel dat een centrale dienst te ver van de bevolking zou afstaan en tot verslapping van het verantwoordelijkheidsgevoel kon leiden.²²⁶

Een derde terrein van de voedingshygiëne waarop de Centrale Gezondheidsraad zich bewoog, betrof schelpdieren. Vanaf 1904 kende de Raad een commissie die de zuiverheid van schelpdieren en oesterbewaarplaatsen onderzocht. Zij formuleerde allerlei aanbevelingen voor het kweken van oesters buiten verontreinigd water, het uitbaggeren van de besmette natuurlijke oesterbanken en voor strengere controle op de verwerking van oesters. Toen in 1908 een verband werd geconstateerd tussen buiktyfus en de consumptie van oesters, stelde de Raad voor winkeliers op te roepen alleen oesters te betrekken van kwekers die een certificaat van 'onbesmetheid' van hun putten konden overleggen. Deze certificaten werden afgegeven door de organisatie Visscherijen op de Schelde en de Zeeuwsche Stroom. De Raad pleitte ditmaal niet voor wetgeving. Hij vond dat de onhygiënische praktijken via voorlichting aan de bevolking en plaatselijke verordeningen afdoende konden worden bestreden.²²⁷

Tot slot de voedingshygiëne in de huisindustrie. Volgens de gezondheidscommissie van Deventer vonden het thuis vervaardigen van tabaksstrippen en verpakken van ijsbonbons onder abominabele omstandigheden plaats. Daarom vroeg minister Cort van der Linden de Centrale Gezondheidsraad in 1914 bij welke omvang van de huisindustrie schade voor de volksgezondheid te duchten viel. De Raad adviseerde de bereiding, verpakking en verwerking van voedings- en genotmiddelen in de huisindustrie te verbieden als de betrokken produkten geen bewerking ondergingen om ziektekiemen te doden. Overigens wilde de Raad ook een verbod op de vervaardiging van kleren in vertrekken en woningen waarin een geval van besmettelijke ziekte was geconstateerd.²²⁸

In een reactie op het advies vroeg de bewindsman de Raad een model voor een gemeenteverordening op te stellen om het thuis pellen, koken en zouten van mosselen en het pellen van garnalen te verbieden. Daaraan voldeed het college in 1917.²²⁹

Suiker of sacharine?

De Centrale Gezondheidsraad adviseerde ook een enkele keer over de samenstelling van het voedselpakket, onder meer met betrekking tot sacharine. De consumptie van deze stof zonder voedingswaarde nam in het begin van deze eeuw sterk toe. Dit ging ten koste van suiker, toen nog gezien als een essentieel bestanddeel van de voeding. De Raad beval daarom in 1905 aan het gebruik van sacharine terug te dringen. In een minderheidsnota drong Ruysch erop aan de hoge suikeraccijns flink te verlagen, want gebeurde dat niet, dan zou elke maatregel tegen het uiterst goedkope sacharine gedoemd zijn te mislukken. Voor een meerderheid van de commissie ging deze bemoeienis met het prijsbeleid van de overheid te ver.²³⁰ In 1911 kreeg Ruysch zijn medeleden wel aan zijn zijde. In een nieuw advies werd geconcludeerd dat de accijns op suiker moest worden verlaagd, waardoor dit voedingsmiddel weer onder het bereik van de 'volksklasse' zou komen. De Raad stond een wettelijke regeling tegen het gebruik van sacharine voor. De stof zelf was onschadelijk voor de volksgezondheid, zo meende de Raad.²³¹

Ook de regering zag de groeiende populariteit van sacharine met lede ogen aan, maar om een andere reden: de dalende inkomsten uit de suikeraccijns. Daarom nam minister Rink het voorstel van de Raad om de suikeraccijns te verlagen niet over. Het kabinet-De Meester speelde met de gedachte de consumptie van sacharine te ontmoedigen.²³² De minister van Financiën stelde een wetsontwerp op, maar dit werd door het kabinet-Heemskerk van de agenda afgevoerd. De nieuwe regering zag meer heil in een voorlichtingscampagne.²³³

Roken

Het hoofdbestuur van de Bond van Nederlandsche Onderwijzers verzocht de minister in 1911 wettelijke maatregelen te nemen tegen het roken door de jeugd. De bewindsman speelde deze kwestie door naar de Centrale Gezondheidsraad, die in 1913 schreef dat wetgeving op dit terrein een dode letter zou blijven.

De Raad verwachtte meer voordeel van een, particulier georganiseerde, voorlichtingscampagne. Kinderen konden volgens de Raad beter niet roken. Dat besef moest onderwijzers in hun opleiding worden bijgebracht, zodat zij het vervolgens aan hun leerlingen konden overbrengen.

Van de gevaren van roken was in die tijd nog weinig bekend, getuige ook de constatering van de commissie dat 'van matig rooken voor volwassenen geen nadeel van beteekenis te duchten is'. Hieraan voegde zij wel meteen toe, 'dat de gewoonte om te rooken, daar waar veel menschen in een besloten ruimte bijeen zijn, de atmosfeer in hooge mate verontreinigt, en, door prikkelend te werken op de slijmvliezen van oogen en ademhalingsorganen, zeer hinderlijk en voor gevoelige personen bepaald nadeelig is te achten. Om die reden zou het dan ook wenschelijk zijn, onderwijzers het rooken in de klassen te verbieden.'²³⁴

In antwoord op vragen uit de Tweede Kamer zei minister Cort van der Linden in 1917, achter het advies van de Centrale Gezondheidsraad te staan. Handhaving van wetgeving op dit gebied stuitte in het buitenland op problemen, zoals in de Verenigde Staten, waar de hand werd gelicht met het verbod op verkoop van tabak aan kinderen en op roken door kinderen in het openbaar. De mogelijkheden tot controle lieten te wensen over, aldus de bewindsman. Hij steunde het idee te proberen via een voorlichtingscampagne het rookgedrag van kinderen te beïnvloeden. Dit was volgens hem geen taak voor de overheid, maar een zaak voor het particulier initiatief.²³⁵

Opium

Sinds de tweede helft van de negentiende eeuw werden problemen op het terrein van de volksgezondheid in internationaal verband besproken. Dit gold ook voor de bestrijding van opiumgebruik.²³⁶ Op initiatief van de Verenigde Staten kwam in 1909 een commissie bijeen in Sjanghai en werd vervolgens in 1911 de Internationale Opiumconferentie belegd in Den Haag. De deelnemende landen spraken af op deze conferentie een wettelijke regeling te zullen opstellen 'tot bestrijding van misbruik van opium, morfine, cocaïne en van andere daaruit toe bereide of afgeleide verdovende middelen'.

De Nederlandse regering vroeg de Centrale Gezondheidsraad een wetsontwerp te maken. Het ontwerp, dat gereed kwam in 1913, bevatte bepalingen om de in- en uitvoer, het bezit en de verkoop van opium te verbieden, en de bereiding van opium in Nederland aan banden te leggen. De Raad stelde voor apothekers en dierenartsen van deze bepalingen uit te zonderen.²³⁷

Het wetsontwerp vond bij de regering een gunstig onthaal, maar het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog vertraagde de afhandeling van het onderwerp. In 1916 publiceerde de regering een ontwerp voor de Opiumwet, dat nauwelijks afweek van de voorstellen van de Raad. Het ontwerp passeerde zonder kleerscheuren de Eerste en Tweede Kamer en de wet werd vastgesteld op 4 oktober 1919 (*Stb.* 592). De Nederlandse regering had hiermee aan zijn internationale verplichtingen voldaan.

3.2.7 Leefomstandigheden

Slechte huisvesting en het ontbreken van een goede drinkwatervoorziening waren belangrijke oorzaken van het ontstaan van ziekten. De Centrale Gezondheidsraad spoorde de regering daarom geregeld aan de leefomstandigheden van de bevolking te verbeteren.

Volkshuisvesting

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid had niet alleen taken in het kader van de Gezondheidswet, maar ook in die van de Woningwet. Het 'technisch lid' De Man had in de Centrale Gezondheidsraad de portefeuille 'volkshuisvesting'. Hij ontwierp modellen voor de formulieren waarmee nieuwe huurders zich konden laten inschrijven bij hun gemeente, en voor het verslag dat burgemeester en wethouders ieder jaar moesten opstellen over de bereikte verbeteringen op het terrein van de volkshuisvesting. De Raad had ook tot taak voorgenomen wijzigingen van de Woningwet te beoordelen, woningen te inspecteren, voorwaarden op te stellen waaraan de woningbouwverenigingen moesten voldoen, en prijsvragen uit te schrijven voor

het ontwerpen van arbeiderswoningen. Tijdrovend was de beoordeling van de honderden gemeentelijke bouw- en bewoningsverordeningen die de gemeentebesturen op grond van artikel 7 van de Woningwet jaarlijks aan de Raad voorlegden. De Raad kon een gemeentebestuur verplichten een verordening bij te stellen als er sprake was van strijdigheid met de Woningwet.

Drinkwater

Het Rijksbureau voor Drinkwatervoorziening en de Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening, beide opgericht in 1913, waren de voornaamste steunpilaren van de overheid bij het ontwerpen en uitvoeren van maatregelen voor de verbetering van de drinkwatervoorziening en de kwaliteit van drinkwater.²³⁸ Ook de Centrale Gezondheidsraad was, zij het op bescheiden schaal, op dit vlak actief.

Drinkwater van slechte kwaliteit was de belangrijkste oorzaak van de cholera- en tyfusepidemieën die Nederland in de negentiende eeuw teisterden. Door de aanleg van waterleidingen kregen steeds meer plaatsen na 1880 de beschikking over zuiver drinkwater.²³⁹ Toch waren in het begin van deze eeuw vele, vooral kleine, gemeenten nog niet op een waterleidingnet aangesloten. De Centrale Gezondheidsraad pleitte in verschillende adviezen voor uitbreiding van het waterleidingnet. Een treffend voorbeeld was het uit 1903 daterende rapport over de situatie in het onder de rook van Amsterdam gelegen Sloten. De uit deze gemeente aangevoerde melk bleek de bron te zijn van de epidemieën van buiktyfus die geregeld in de hoofdstad de kop opstaken. De oorzaak was dat de melkbussen werden omgespoeld met slootwater. De Raad meende daarom dat Sloten met spoed moest worden aangesloten op het waterleidingnet, wat kon door openstelling van de 'militaire' waterleiding van Amsterdam voor de omliggende gemeenten.²⁴⁰ De minister van Oorlog aanvaardde dit voorstel van de Raad in 1907.²⁴¹

De drinkwatervoorziening aan boord van schepen leverde ook problemen op, zoals in 1909, toen een cholera-epidemie ons land bedreigde. De Raad stelde een jaar later voor goed drinkwater aan te bieden in de centra voor binnenscheepvaart, en wel gratis of tegen een minieme vergoeding. Gemeentelijke verordeningen moesten de schippers verplichten betrouwbaar drinkwater aan boord te nemen. Volgens de Raad moesten de betrokken gemeenten, met steun van het rijk, de kosten van deze drinkwatervoorziening betalen.²⁴² Om zijn advies kracht bij te zetten stelde de Raad in 1911 een model voor een gemeenteverordening op.²⁴³

De regering legde het advies naast zich neer. Zij zag voor zichzelf geen taak op dit gebied; de gemeentebesturen konden zelf beslissen of zij maatregelen wilden nemen.²⁴⁴

Niet alleen de drinkwatervoorziening maar ook de kwaliteit van het drinkwater had de aandacht van de Raad. Zo verscheen in 1903 het onderwerp 'lood in leidingwater' op de agenda, naar aanleiding van een vraag van het gemeentebestuur van Enschede 'hoeveel loodgehalte moet zijn geconstateerd om het voorschrijven van een verbetering der leiding te kunnen rechtvaardigen'.²⁴⁵ Een commissie van de Raad onderzocht de omvang en herkomst van lood in leidingwater en zocht naar oplossingen. Daarop voortbordurend concludeerde de Raad in 1908 dat het materiaal van de waterleiding aan de plaatselijke omstandigheden moest worden aangepast. Alleen uitwendig vertinde loden buizen, compositiebuizen genoemd, mochten worden gebruikt op plaatsen waar het water weinig lood opnam. Op andere plaatsen moest ook de binnenkant van de buizen worden afgedicht met tin of email. Tot slot stelde de Raad dat huisleidingen voortaan alleen nog maar door deskundigen mochten worden aangelegd. Over de uiterste hoeveelheid lood die in drinkwater kon worden geduld, liet de Raad zich niet uit.²⁴⁶

3.2.8 De gezondheid van bodem, water en lucht

De kwaliteit van bodem, water en lucht liet in het begin van deze eeuw veel te wensen over. Bijna overal ontbraken behoorlijke inrichtingen om afvalstoffen op te slaan of te verwerken. Slechts enkele gemeenten kenden voorschriften voor de wijze van afvoer van deze stoffen. De vervuiling van de openbare wateren, vooral in de buurt van industrieën die afvalwater loosden, was ernstig. Dit gold ook voor de bodem in de dichtbevolkte wijken van steden, waar soms al tientallen jaren grote hoeveelheden afvalstoffen lagen

opgehoopt. Ook de luchtverontreiniging baarde zorgen.²⁴⁷ In de jaarverslagen van het Staatstoezicht keerden klachten over vervuiling van bodem, water en lucht steeds weer terug. Zo tekende een Zuidhollandse gezondheidscommissie in 1904 op 'dat men zich in de dorpen van haar ambtsgebied eer zou wanen te zijn in de achterbuurten van eene vuile Aziatische stad dan in de dichtstbevolkte provincie van Nederland'.²⁴⁸

De Centrale Gezondheidsraad had oog voor de vervuiling van het milieu. In deze paragraaf komen de bemoeienissen van de Raad met de onderwerpen 'biologische zuiveringsmethode' en 'stofplaaq' ter sprake.

De biologische zuiveringsmethode

Al voor de totstandkoming van de Gezondheidswet van 1901 was de regering van plan een onderzoek te laten instellen naar de waarde van biologische stelsels voor het onschadelijk maken van afvalwater uit fabrieken en riolen. Het was in Nederland meer regel dan uitzondering dat afvalwater in openbare wateren werd geloosd. Het aanleggen van bevoeiingsvelden en afvoer naar zee waren te kostbaar of technisch onmogelijk. De Staatscommissie tot het beramen van maatregelen tegen de verontreiniging der openbare wateren, ingesteld in 1897, pleitte voor oprichting van een Rijksproefinstallatie voor biologische zuivering van afvalwater. Vijf jaar later liet de Centrale Gezondheidsraad weten daarbij het voortouw te willen nemen, omdat hij over de deskundigheid beschikte 'noodig voor de leiding en de contrôle der voorgenomen proefneming'. Een commissie uit de Raad stelde een plan op voor de Rijksproefinstallatie, zich aansluitend bij internationale inzichten.²⁴⁹ Kuyper keurde de ideeën van de Raad goed en de bouw van de Rijksproefinstallatie, in Tilburg, nam een aanvang.²⁵⁰

Medio 1904 ging de installatie van start, onder beheer van de Septic-tankcommissie uit de Centrale Gezondheidsraad. Twee technische ambtenaren voerden de dagelijkse werkzaamheden uit. Weijerman, die zich al enkele jaren bezighield met de biologische zuiveringsmethode, nam plaats in het dagelijks bestuur van de installatie.²⁵¹ Dank zij hem had de Raad de werking van de al bestaande septic-tankinstallaties, bij het Academisch Ziekenhuis in Groningen en het abattoir in Leiden,²⁵² uitvoerig geanalyseerd. De ervaringen werden in de Tilburgse opzet verwerkt.

De septic-tankinstallatie in Tilburg lag aan de samenvloeiing van twee waterlopen, die het afvalwater (fabrieks- en menagewater, met fecaliën vermengd) afvoerden naar een naburig riviertje. De eigenlijke installatie omvatte, behalve een bescheiden laboratorium, een waterreservoir (de zogenoemde septic-tank) en oxydatiebedden. In de tank onderging het afvalwater een soort gisting of rotting en vervolgens werden de gedeeltelijk afgebroken afvalstoffen op de oxydatiebedden onschadelijk gemaakt.²⁵³

De regering schakelde de Centrale Gezondheidsraad ook in om andere zuiveringsmethoden te bestuderen. Dit betrof onder meer het systeem-Vial, waarbij het te zuiveren afvalwater vermengd werd met ongebluste kalk. De Raad adviseerde met dit systeem te stoppen, want toevoeging van kalk had tot nadeel dat in het water niet-oplosbare stoffen werden gevormd. Bovendien was de mestwaarde van de resterende afvalstoffen gering. De Raad berichtte minister Kuyper dat de biologische methode de voorkeur verdiende, zowel uit het oogpunt van zuivering als van het gebruik van de resterende afvalstoffen.²⁵⁴

Na een paar jaar ervaring in Tilburg kwam de Centrale Gezondheidsraad in 1909 tot de slotsom dat met de biologische zuiveringsmethode 'het vermoedelijk allermoeilijkst te zuiveren fabriekswater, gelijk genoemde gemeente dat loost, zoodanig kan verbeterd worden, dat tegen aflating daarvan op de openbare wateren geen bezwaar bestaat'. Ook over de proeven in de gemeentelijke slachthuizen van Leiden, Haarlem en Alkmaar en in de zuivelfabriek te Fijnaart toonde de Raad zich tevreden.²⁵⁵

Desondanks werd de biologische zuiveringsmethode niet op grote schaal ingevoerd. Vooral financiële redenen lagen hieraan ten grondslag.²⁵⁶ Minister Heemskerk concludeerde in 1911 'dat het practische doel, waarvoor de septic-tankinrichting in het leven is geroepen, bereikt moet worden geacht'. Volgens hem gebruikte de Raad de installatie in Tilburg inmiddels voor nieuwe doeleinden. Hij dacht daarbij aan microbiologische proefnemingen en aan onderzoek van afvalwater van de abattoirs in Haarlem, Alkmaar en Leiden en van het Academisch Ziekenhuis van Groningen. Omdat de Rijksproefinstallatie volgens hem aan haar oorspronkelijke doel had beantwoord, wilde Heemskerk de contracten van de twee technische ambtenaren niet verlengen. Dat hield het eind van de Septic-tankcommissie van de Raad in, aangezien de Raad zelf geen middelen had om de proeven voort te zetten.²⁵⁷

De Centrale Gezondheidsraad verweerde zich fel tegen het plan van de minister. De bacteriologische onderzoeken waren nodig als uitvloeisel van de oorspronkelijke vraagstelling. Al enkele jaren bestond er twijfel over de bacteriologische kwaliteit van het gezuiverde water. Omdat de Raad van advies had gediend over de constructie en exploitatie van de installaties in Haarlem en Alkmaar, lag het voor de hand dat de Septic-tankcommissie zich verder op de hoogte stelde van de resultaten bij de betrokken slachthuizen. Dat gold ook voor het testen van het afvalwater uit Leiden en Groningen.²⁵⁸

De bewindsman was echter niet te vermurwen. De werkelijke reden waarom hij de Rijksproefinstallatie te Tilburg wilde sluiten, had te maken met het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid, dat na lang touwtrekken niet onder verantwoordelijkheid van de Centrale Gezondheidsraad was gesteld.²⁵⁹ Hij vond dat de Raad voor praktische analyses die buiten de eigenlijke onderzoeksopzet vielen, te veel van het kleine laboratorium in de Rijksproefinstallatie gebruik maakte. Ook speelde het bezuinigingsmotief een rol. In de loop van 1911 werden de twee technische ambtenaren ontslagen en begin 1912 bepaalde minister Heemskerk dat de activiteiten in de Rijksproefinstallatie moesten worden gestaakt. De Centrale Gezondheidsraad besloot het nog lopende onderzoek onder te brengen bij het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid. Ook de laboratoriumtoestellen en de instrumenten van de Rijksproefinstallatie verhuisden naar deze instelling.²⁶⁰

Stofplaag

Vanaf de eeuwwisseling nam het autoverkeer in Nederland snel toe. Het rijden op de nog veelal onverharde wegen veroorzaakte een stofplaag. De burgemeester van Enschede en buitengewoon lid van de Centrale Gezondheidsraad Edo Johannes Bergsma (1862-1948), die in de jaren 1885-1937 voorzitter was van de Algemene Nederlandsche Wielrijdersbond, gaf in 1904 een dramatische en niet geheel van overdrijving vrije beschrijving van de situatie:

‘Op wegen met een eenigszins druk verkeer, in de omgeving van de grote centra van bevolking, dus juist daar waar de stedeling moet hopen zijn longen te kunnen verzadigen met frissche, zuivere, onbedorven lucht, hangt al te dikwijls een stofwolk die de borst beklemmt, de slijmvliezen van den neus prikkelt, het zand doet kraken tusschen de tanden, de oogen branden doet en - wat wel het ergste is - tal van ziektekiemen bevat, waartegen niemand zich behoorlijk wapenen kan en waarmee dan ook zeer velen worden besmet. De stofplaag is te erger en het stofgevaar te grooter, omdat zich zoo talloos velen op den weg bewegen en nog wel bewegen op een wijze, die een diep inademen te voorschijn roept. Niet alleen zij die zich op den weg bevinden worden door de stofplaag getroffen, in bijna nog erger mate is dit het geval met hen, die aan den weg wonen. De vensters moeten ze gesloten houden, en nóg dringt door de dichte ramen het fijne stof en bedekt spijs en drank op tafel en in kelder, hecht zich aan de kleeren en brengt de zindelijkste huisvrouw tot een zich in 's hemels naam neerleggen bij altijd stoffige meubels en bestoven linnengoed. De boomen langs en bij de wegen zijn nog slechts groen na een regenbui; frissche velden ziet men nog slechts op een afstand, het stof ligt zelfs op de vijvers en grachten en maakt het water tot een troebele massa.’²⁶¹

In 1907 vestigde ook de gezondheidscommissie van Baarn de aandacht op de stofplaag. Uit een door de Centrale Gezondheidsraad georganiseerde enquête bleek dat 27 andere gezondheidscommissies de zorg van de commissie uit Baarn onderschreven. Dit was voor de Raad reden een onderzoek te beginnen naar mogelijke maatregelen tegen de stofplaag.²⁶² Het ging daarbij niet om de zorg voor het milieu, maar om bescherming van de gezondheid van de bevolking.

Een jaar later lag een advies op het bureau van de minister. De Raad wees op de schade voor de volksgezondheid en stelde maatregelen voor om de overlast van het stof te beteugelen. Belangrijk was dat de wegen werden aangepast aan het groeiende autoverkeer. Bij de aanleg van wegen moesten stofbindende middelen worden gebruikt. Daarnaast dacht de Raad aan verbetering van de automobielen; aanleg van wegen uitsluitend voor auto's; heffing van een bijzondere belasting op het bezit van automobielen of van een wegenbelasting om in de kosten van het stofvrij maken van de wegen te voorzien; en strengere naleving van de snelheidslimiet.²⁶³ Alle voorstellen zijn in de loop van deze eeuw praktisch geworden.

3.2.9 De Eerste Wereldoorlog

Het werk van de Centrale Gezondheidsraad in de Eerste Wereldoorlog kan niet los worden gezien van de internationale toestand. Zo leverde de mobilisatie problemen op en kwam de regering voor economische en financiële moeilijkheden te staan. De voedselvoorziening stagneerde, zodat in de steden rantsoenering door middel van bonkaarten moest worden ingevoerd.

De voorzitter van de Centrale Gezondheidsraad, Ruysch, zag door de oorlogsellende de verworvenheden op het terrein van de volksgezondheid als sneeuw voor de zon verdwijnen. In 1915 begroette hij de lezers van het *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* als volgt:

'Droevig vreemd nieuwjaar! Terwijl wij, hygiënisten, naar onze beste krachten trachten ziekte, armoede en ellende te bestrijden, het sterftecijfer steeds te doen dalen, de levensduur te verlengen en daardoor de volkswelvaart te bevorderen, worden moedwillig honderdduizenden verminkt en gedood, miljoenen vrouwen en kinderen meedoogenloos in smart, in ellende gedompeld en de volkswelvaart opzettelijk verwoest.'²⁶⁴

Op de volgende bladzijden komen achtereenvolgens de invloed van de oorlogsomstandigheden op de gezondheidstoestand van het Nederlandse volk, de geneesmiddelenvoorziening en de bestrijding van besmettelijke ziekten ter sprake. Het waren deze zaken die de agenda van de Raad in de oorlogsjaren vulden.

De invloed van de oorlog op de gezondheidstoestand

Op initiatief van buitengewoon lid Jacobus Hermannus Schuurmans Stekhoven (1864-1941), inspecteur van het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten, startte een commissie van de Centrale Gezondheidsraad in 1915 een onderzoek naar de invloed van de oorlog op de gezondheid van het Nederlandse volk, met bijzondere aandacht voor de voedingstoestand.²⁶⁵ Deze commissie, waarin naast Schuurmans Stekhoven, Pijnappel en Weijerman zaten, vroeg statistische gegevens op bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en bij ziekenfondsen van vakbonden en industriële ondernemingen. Verder liet zij zich voorlichten door tal van personen en instellingen op het terrein van de volksgezondheid.

De commissie publiceerde drie tussentijdse rapporten en later een eindrapport. Het eerste document verscheen in januari 1917. Daarin vergeleek de commissie de sterfte- en ziektecijfers van de eerste twee oorlogsjaren, augustus 1914 tot en met juli 1916, met die van het laatste vredesjaar. Zij kwam tot de slotsom dat er tot dan toe geen aanwijzingen waren te vinden 'voor een ongunstigen invloed gedurende de eerste twee jaren van den oorlogstoestand op den gezondheidstoestand van het Nederlandsche volk in zijn geheel'.²⁶⁶ Het tweede rapport, van februari 1918, was pessimistischer van toon. De statistieken toonden in het derde oorlogsjaar een opwaartse lijn wat betreft sterfte aan vooral tuberculose. Een rechtstreeks verband met de oorlog mocht daaruit niet worden afgeleid, aldus de commissie. Zo kon de strenge winter van 1917 een factor van betekenis zijn geweest. De bevinding van twee Amsterdamse artsen dat de voedingstoestand in arbeidersgezinnen slecht was, kon de commissie niet tot andere gedachten brengen. De oorlogsomstandigheden zouden volgens haar met de gebrekkige voedingstoestand weinig te maken hebben en bovendien was niet aangetoond 'dat bij doelmatiger aanwending van het voor de voeding besteede geld en bij betere kennis van de vrouwen der arbeiders van hetgeen er van de gekochte spijsen voor de voeding te maken was, voor dat geld niet eene voeding had kunnen worden verkregen, die aan de gestelde eischen voldeed'.²⁶⁷

In het voorjaar van 1918 werd de commissie met vier leden uitgebreid. Daardoor kon zij snel, in juni 1918, haar derde rapport uitbrengen, waarin de laatste vijf maanden van 1917 centraal stonden. De commissie toonde zich, ondanks een sterke stijging van het aantal aangiften van besmettelijke ziekten, niet ontevreden over de gezondheidstoestand. Het sterftecijfer was in de tweede helft van 1917 namelijk gedaald.²⁶⁸

De drie verslagen, die aan de minister werden aangeboden, schetsten een vrij gunstig beeld van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Van ondervoeding zou nauwelijks sprake zijn. Er klonken echter ook andere geluiden. Zo omschreef het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1918 de voedingstoestand van de bevolking als zorgelijk, gezien de

resultaten van drie onderzoeken in afdelingen van de Maatschappij.²⁶⁹ De afdeling Groningen maakte melding van ondervoeding, zich onder meer baserend op een bericht van een gevangenisarts, die klachten als vermoeidheid en slapte en zelfs hongeroedeem bij gevangenen had geconstateerd. De Maatschappij trok in oktober 1918 bij de minister aan de bel met de stelling dat in vele delen van het land ondervoeding heerste. Voor de commissie uit de Centrale Gezondheidsraad was dit aanleiding contact te zoeken met de 'onheilsprofeten' uit de Maatschappij.²⁷⁰ Het overleg vond in 1919 plaats. De commissieleden trokken uit het besprokene de conclusie dat hun onderzoek niet de vrede van november 1918 als eindpunt mocht krijgen. De grens werd nu getrokken bij juli 1919, omdat in de eerste naoorlogse maanden een eventueel effect van de oorlog kon naijlen.²⁷¹ Tot wezenlijk andere conclusies zou dat overigens niet leiden.

Het eindrapport van de commissie zag het licht in 1921, toen de Centrale Gezondheidsraad al van het toneel verdwenen was.²⁷² Het onderzoek omvatte de vijf jaren tussen augustus 1914 en augustus 1919. De commissie vergeleek de geboorte-, sterfte- en ziektecijfers uit deze 'oorlogsperiode' met de cijfers uit de voorafgaande jaren (1910-1914). Vervolgens ging zij na of er verklaringen, zoals ondervoeding of woningnood, voor de geconstateerde trends waren te vinden. De al ver voor de oorlog ingezette daling van het geboortecijfer versnelde tijdens de oorlogsjaren. Voor de daling van het huwelijkscijfer in het eerste oorlogsjaar gaf zij als redenen de mobilisatie en de onzekere internationale toestand. Vanaf 1916 steeg het aantal huwelijken weer, tot bijna het peil van het laatste vredesjaar; dit wees er volgens de commissie op dat de bevolking de toekomst weer met vertrouwen tegemoetzag.

De totale sterfte overtrof alleen in de jaren 1917 en 1918 het gemiddelde over de vredesperiode. De piek in 1918 kwam grotendeels op rekening van de Spaanse griep en aanverwante ziekten. Tussen de griep, die zich in heel Europa deed voelen, en de oorlog bestond geen direct verband, aldus de commissie. De extra sterfte deed zich uitsluitend voor bij personen ouder dan één jaar. De zuigelingensterfte vertoonde ten opzichte van de periode 1910-1914 juist een gunstig beeld.

Vervolgens analyseerde de commissie in het rapport de bijdrage van diverse andere ziekten aan de verhoging van het sterftecijfer. Tuberculose bleek de grootste boosdoener. In 1918 vielen onder de mannelijke en de vrouwelijke bevolking respectievelijk 35 en 47½ procent meer dodelijke slachtoffers van tuberculose te betreuren dan in de vredesperiode. Het zwaarst werden de grote steden getroffen, en daar vooral de kleine middenstand (ambtenaren en neringdoenden). Op het platteland, waar weinig veranderde tijdens de oorlog, bleef de sterfte aan tuberculose constant. De commissie legde geen verband tussen het aantal gevallen van tuberculose enerzijds en de voedingstoestand van de bevolking anderzijds, maar beperkte zich tot de weinig zeggende conclusie dat het hogere sterftecijfer wees 'op grotere kwaadaardigheid der ziekte gedurende de oorlogsjaren'.

Tot zover sterfte. Hoe zat het echter met ziekte? Door het ontbreken van gedetailleerde statistieken moest de commissie genoegen nemen met globale gegevens van de gemeentelijke gezondheidsdiensten, de vakbonden en bedrijven. Daaruit leidde zij af dat alleen tuberculose en andere besmettelijke ziekten zich tijdens de oorlogsjaren sterker dan voorheen leken te manifesteren. Maar het ziekteverzuim nam niet toe en van enige invloed van de oorlog op de morbiditeit was volgens de commissie geen sprake. Zij stelde dat de groei van het aantal gevallen van besmettelijke ziekten slechts schijn was:

'In belangrijker mate is echter, naar het oordeel der Commissie, de vermeerdering van het aantal gevallen van besmettelijke ziekten het gevolg van betere nakoming hunner wettelijke verplichtingen door de geneeskundigen, waartoe gedurende de mobilisatie ook van militaire zijde werd medegewerkt en - met de betere aangifte samenhangend - de betere diagnostiek der latere jaren, aangaande typhus en diphterie, waartoe het Centraal Laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de volksgezondheid in niet geringe mate heeft bijgedragen.'

Wel aan het tijdsgewricht weet de commissie het vanaf 1916 sterk toegenomen aantal gevallen van schurft. De verspreiding van deze ziekte hing samen met de massale komst van vreemdelingen, die bij het passeren van de grenzen vaak ontsnapten aan geneeskundige controle.

Het eindrapport van de commissie bevatte ook een analyse van de voedingstoestand van de bevolking in de oorlogsjaren. Toen in de jaren 1917 en 1918 meer en meer over voedselschaarste werd gesproken, de sterftecijfers verslechterden en besmettelijke ziekten de kop opstaken, besloot zij gezondheidscommissies en artsen te raadplegen. Naar voren kwam dat de steden het aanmerkelijk zwaarder te verduren hadden dan het platteland. De stedelijke bevolking was voor het verkrijgen van voedsel aangewezen op distributie. Hoewel er symptomen van (naderende) ondervoeding werden geconstateerd, vond de commissie geen harde bewijzen voor een verband tussen ziekte en ondervoeding.

De sociaal psychiater A. Querido oordeelde later hard over het rapport. Hij verweet de commissie gebrek aan methodologisch inzicht, omdat zij verzuimd had aan te geven wat onder 'invloed van de oorlogsomstandigheden' moest worden verstaan en waarom zij consequent berichten uit de samenleving negeerde. Volgens Querido verspeelde de, inmiddels al opgeheven, Raad met dit rapport zijn autoriteit en deed hij zijn wetenschappelijke integriteit geweld aan.²⁷³ Zijn stelling dat de Centrale Gezondheidsraad feiten verdoezeld zou hebben, gaat echter te ver.²⁷⁴ Het waren niet de gepresenteerde feiten, maar hoogstens de hieruit getrokken conclusies die discutabel waren.

Geneesmiddelen

In 1915 verschenen in de pers berichten over een dreigend tekort aan geneesmiddelen die uit het buitenland werden betrokken. Uit voorzorg stelde de Centrale Gezondheidsraad een alternatieve geneesmiddelenlijst op en adviseerde hij om de distributie van schaarse medicijnen streng te regelen. Daardoor kon elke apotheek over een minimum aan benodigde medicijnen beschikken.²⁷⁵ Het door de Raad voorgestelde distributiebeleid slaagde en twee jaar later kon worden geconstateerd dat men echte schaarste had weten te voorkomen.²⁷⁶

Niet alleen de geneesmiddelenvoorziening had te lijden onder de oorlog, ook de voorziening van verbandmiddelen en van het desinfectiemiddel formaline kwam onder druk te staan. De Raad schreef de burgemeesters en geneeskundig inspecteurs in 1916 dat de voorraad formaline sterk te wensen overliet. Het college beval aan het middel alleen te gebruiken als andere mogelijkheden waren uitgeput.²⁷⁷

Besmettelijke ziekten

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid richtte zich in de periode 1914-1918 vooral op de bestrijding van besmettelijke ziekten. De grootscheepse troepenverplaatsingen in alle delen van de wereld wakkerden het gevaar van verspreiding van deze ziekten aan. In Nederland breidde het aantal gevallen van onder meer buik- en vlektyfus, schurft, tuberculose, spaanse griep en roodvonk zich uit. Hoewel bijna geen enkele ziekte epidemische vormen aannam, waren de autoriteiten er niet gerust op en zij volgden daarom steeds met spoed de aanbevelingen van de Centrale Gezondheidsraad op. Zo ook met betrekking tot de bestrijding van pokken. Denkend aan de rampzalige pokkenepidemie van 1870 en 1871, ten tijde van de Frans-Duitse oorlog, moedigde de Raad de hoofdinspecteurs aan de vaccinatie in gemeenten in grensstreken te bevorderen. Op advies van de Raad kregen de betrokken burgemeesters de opdracht artikel 18 uit de Epidemiewet toe te passen, wat inhield dat zij de vaccinatie zoveel mogelijk moesten bevorderen en kosteloos aanbieden. Tevens gaf de inspectie gehoor aan de oproep van de Raad een folder onder de bevolking te verspreiden waarin de verwoestingen van de pokkenepidemie uit de vorige eeuw werden beschreven.²⁷⁸ Verder adviseerde de Centrale Gezondheidsraad Koninklijke Besluiten ter bestrijding van ziekten af te kondigen (zoals het van toepassing verklaren van de bepalingen uit de Epidemiewet op nekkramp), gaf hij wegen aan om tot betere zuivering van het drinkwater op het platteland te komen (om verspreiding van tyfus door besmet drinkwater tegen te gaan), en publiceerde hij 'wenken' tegen besmettelijke ziekten.²⁷⁹

In Nederland waren de honderdduizenden vluchtelingen, vooral Belgen, ontsnapte krijgsgevangenen en deserteurs een potentiële bron van besmetting. De vluchtelingen vormden voor de volksgezondheid een grote bedreiging, want zij leden naar verhouding veel vaker aan besmettelijke ziekten dan Nederlanders. Na overleg met het hoofdbestuur van het Nederlandsche Roode Kruis besloot de Centrale Gezondheidsraad in 1914 de vluchtelingen te doen opvangen in kampen met voldoende medisch personeel en materieel. Vluchtelingen die aan een besmettelijke ziekte leden, konden worden opgenomen in verplaatsbare ziekenbarakken. Sera en vaccins tegen tyfus en pokken werden door het Staatstoezicht beschikbaar gesteld, evenals ontsmettingsmiddelen en -ovens. De gezonde vluchtelingen konden de kampen verlaten en hun intrek nemen in zogenoemde vluchtoorden. De gezondheidscommissies werden belast met het houden van toezicht op de tijdelijke verblijven van de vluchtelingen en met de zorg voor zuiver drinkwater en distributie van levens- en genotmiddelen.²⁸⁰ In het laatste oorlogsjaar verschenen aan de grenzen complete zuiverings- en ontsmettingsstations om de vaak zeer vervuilde vreemdelingen in

observatie te houden en van ongedierte, vuil en smetstoffen te verlossen. Quarantainestations bevonden zich in Enschede, Didam, Venlo en Sittard.²⁸¹

De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking verslechterde in de tweede helft van 1918. Besmettelijke ziekten braken uit, wat voorzitter Josephus Jitta grote zorgen baarde. Hij schreef minister Aalberse in oktober 1918, dat de alom aanwezigheid van vluchtelingen de verspreiding van besmettelijke ziekten in de hand werkte. Bovendien had voedselschaarste, die in enkele steden bestond, tot gevolg dat het weerstandsvermogen verzwakte. Volgens Jitta moest in het belang van de gezondheid van de Nederlandse bevolking 'de open deur politiek' worden gestopt:

'Het is mij niet bekend of en zoo ja welke redenen van meer internationalen of politieken aard er zijn om vluchtelingen op zulk een groote schaal in ons land toe te laten; mochten deze redenen niet van zeer overwegend belang zijn, dan zoude het mij voorkomen, dat, in het belang der volksgezondheid, òf de toevloed gestuit dient te worden, òf dat het raadzaam is deze vluchtelingen langs het bevrijde gedeelte van België of over zee weer naar hun land te doen terugkeeren. Of dit laatste inderdaad mogelijk is, vermag ik niet te beoordeelen. (...) Naar mijne meening is het in het belang der volksgezondheid noodzakelijk, den toevloed van vluchtelingen in ons land tegen te gaan en er moeten wel redenen van dringenden aard zijn, om dit te beletten.'²⁸²

De minister reageerde positief op de brief van Jitta. Hij beëindigde de stroom vluchtelingen, onder meer door krijgsgevangenen terug te sturen naar hun land van herkomst.²⁸³

4 BLOEI TEGEN DE VERDRUKKING IN: 1920-1940

4.1 DE ORGANISATIE

De Gezondheidsraad zag het licht op 1 september 1920, toen de nieuwe Gezondheidswet in werking trad. Het college kreeg in het interbellum een stortvloed van bezuinigingen te verwerken, maar wist zich staande te houden. Vooral in de jaren dertig moest de Raad zijn werk verrichten onder moeilijke omstandigheden. Op de volgende bladzijden komen de bezuinigingen uitvoerig aan de orde en ook wordt aandacht besteed aan de samenstelling, de huisvesting, de werkwijze en het secretariaat van de Raad. Eerst volgt een biografische schets van de voorzitter, die een belangrijke stempel heeft gedrukt op het functioneren van de Raad in de periode 1920-1940.

4.1.1 Nicolaas Marinus Josephus Jitta

De Amsterdammer Nicolaas Marinus Josephus Jitta (1858-1940) was de zoon van een koopman.¹ Hij behaalde in 1884 zijn artsexamen en promoveerde een jaar later op het proefschrift: *Over experimenteele haemoglobinurie en haemoglobinaemie*. Daarna specialiseerde hij zich tot oogarts. Hij opende een oogheelkundige kliniek in de hoofdstad en stond spoedig bekend als een deskundige op het gebied van het trachoom.

Josephus Jitta behoorde tot de radicaal-hygiënisten. Hij meldde zich aan bij het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, waarvan hij in het interbellum lange tijd voorzitter was, en trad toe tot de Liberale Unie. In 1899 werd hij in de gemeenteraad van Amsterdam gekozen. Zes jaar later sloot Jitta zijn oogheelkundige praktijk toen hij wethouder werd voor de Openbare Gezondheid en het Armwezen. Tijdens zijn wethouderschap, dat tot september 1917 duurde, werden de medische en gezondheidstechnische voorzieningen in de hoofdstad fors uitgebreid. Op Jitta's conto kwamen onder meer: een dienst voor eerste hulp bij ongelukken, geneeskundig toezicht bij schoolkinderen, de Kinderkliniek van het Binnengasthuis, een vuilverbrandingsinstallatie, een ontsmettings- en quarantaine-inrichting, expansie van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst en de Keuringsdienst van Waren, reorganisatie van het abattoir en verbetering van de leefomstandigheden in het Armenhuis.

Jitta kreeg op 1 januari 1918 de leiding van de Centrale Gezondheidsraad en in september 1920 van de Gezondheidsraad,² waarvan hij bijna twintig jaar full-time voorzitter was. In het interbellum was Jitta actief in vele organisaties. In het oog springende functies waren het voorzitterschap van: het Prophylaxefonds, de Nederlandsche Vereeniging voor Volks- en Schoolbladen, de Vereeniging voor uitzending van Nederlandsche kinderen naar buiten, de Vereeniging voor Rheumatiekbestrijding, het Veiligheidsmuseum, en het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Verder was hij vice-voorzitter van de Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening en lid van het dagelijks bestuur van het Nederlandsche Roode Kruis. Ook buiten de grenzen liet Jitta van zich horen. Hij vertegenwoordigde de Nederlandse regering in het Office International d'Hygiène Publique en het Comité d'Hygiène van de Volkenbond.

Op 1 januari 1940 nam de ruim 81-jarige Jitta ontslag als voorzitter van de Gezondheidsraad.³ Hij overleed ruim vijf maanden na zijn vertrek, op 5 juni 1940. De oorlogsgruwelen bleven deze joodse medicus bespaard.

4.1.2 Samenstelling en installatievergadering

In het interbellum telde de Gezondheidsraad gemiddeld 74 leden.⁴ Onder hen bevonden zich 24 tot 30 ambtshalve leden, onder wie de hoofdinspecteurs van de volksgezondheid; de directeur-generaal van de Volksgezondheid; de directeurs van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid, het Rijksbureau voor Drinkwatervoorziening, het Rijks-Serologisch Instituut, en het Centraal Bureau voor de Statistiek; vijf vertegenwoordigers van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; en één vertegenwoordiger van de Maatschappij voor Diergeneeskunde en de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie. Onder de overige, niet-ambtshalve leden waren artsen, juristen,

bouwkundigen, apothekers, Kamerleden, directeuren van gezondheidszorginstellingen, en representanten van werkgevers- en werknemersorganisaties en van vak- en belangenorganisaties op het gebied van de volksgezondheid.⁵ Door de veelzijdige samenstelling werd de ledenlijst niet overheerst door medici. Zo waren in 1921 slechts zes medisch-hoogleraren lid van de Raad.

Welk doel had minister Aalberse met de brede samenstelling voor ogen? In zijn toespraak op de installatievergadering van de Raad op 6 oktober 1920 waarschuwde de bewindsman de leden voor toenemende specialisatie in de gezondheidszorg:

‘Per slot gaat het om den mensch zooals hij is, om den mensch met zijn ziel, zijn geloof, zijn zedelijke persoonlijkheid, die voor den verstandelijken waarnemer zoo vol raadselen en tegenstrijdigheden is, en die zich niet laat splitsen. Hij blijft een en ondeelbaar als geschapen niet voor het stoffelijke leven alleen, niet voor een cultus enkel van het lichaam maar voor volle, evenwichtige ontplooiing van alle talenten, hem door zijn Schepper geschonken.’

Hier zag de minister een belangrijke taak weggelegd voor de Gezondheidsraad, waar de verschillende deskundigen met elkaar in debat konden treden:

‘De tuberculose-hygiënist blijve niet op zichzelf, maar zoek contact vooral met den kinderhygiënist, neme kennis van den arbeid van den woninghervormer.’

Voorts vond hij het van belang dat de specialisten de maatschappelijke realiteit niet uit het oog verloren:

‘Maar ook niet alléén hygiëne; niet afzonderlijk hygiëne of leerlingen van den hygiënist, maar de hygiënist in nauwe voeling met het volle leven, het stoffelijk en het zedelijk leven van zijn Volk. Kent en eerbiedigt de hygiënist dat niet, dan boet hij in aan nuttig effect en komt hij niet tot evenwichtige hygiënische opvoeding van zijn Volk, maar blijft hij vreemdeling in zijn land, zal hij het juiste contact met het Volk missen, of kweekt hij averechtsche opvattingen en practijken.’

Aalberse hoopte dat de Gezondheidsraad een kader zou bieden voor samenwerking tussen hygiënist en ‘vertegenwoordigers’ van ‘het Volk’; vandaar de benoeming van leden van maatschappelijke organisaties. In zijn antwoord aan de minister onderschreef Jitta de gedachte dat wetenschappers voeling moesten houden met maatschappelijke ontwikkelingen. Hij steunde daarom de brede samenstelling van de Gezondheidsraad:

‘Niet alleen zijn mannen en vrouwen van beproefde ervaring door U bijeengebracht, maar ook de samenwerking van hen die meer bepaald aangewezen zijn de wetenschap te beoefenen met hen die, eveneens bekend met de ethische eisen van het leven, meer op de hoogte geacht kunnen worden van de economische en sociale vraagstukken die zich voordoen, die samenwerking kan niet anders dan vruchtbaar zijn.’⁶

Deze samenwerking kwam niet tot stand. Jitta nam in de commissies van de Raad nauwelijks vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties op. Velen van hen waren slechts ‘papierleden’. De ledenlijst werd al spoedig aangepast aan de vraag naar wetenschappelijke deskundigheid. Die koerswijziging bleek onder meer uit een verdubbeling van het aantal hoogleraren in de jaren twintig.⁷ In feite maakte Jitta zo, op eigen gezag, van de Gezondheidsraad een wetenschappelijk adviesorgaan.

4.1.3 Huisvesting

Bij K.B. van 19 februari 1920 (*Stb.* 83) stelde minister Aalberse nadere regels voor de Gezondheidsraad op. Hij besloot dat de Raad zich in Den Haag moest vestigen, waarmee de bewindsman de behoefte aan direct contact tussen het college en het departement onderstreepte.⁸ De verhuizing van Utrecht naar Den Haag vond plaats in januari 1921. De Raad nam zijn intrek in het pand Dr. Kuiperstraat 8, op korte afstand van het ministerie en het Binnenhof.⁹ In dit gebouw kreeg ook de hoofdinspectie belast met de handhaving van de wettelijke bepalingen betreffende besmettelijke ziekten (later Geneeskundige Inspectie geheten) onderdak.¹⁰

4.1.4 Werkwijze

De Gezondheidswet van 1919 was kort maar krachtig over de taak en werkwijze van de Gezondheidsraad. Artikel 2 luidde:

- ‘1. Tot voorlichting van de Regeering bij hare bemoeiingen met de volksgezondheid is er een Gezondheidsraad.
2. De voorzitter, de leden en de secretaris van den Gezondheidsraad worden door Ons benoemd en ontslagen.
3. De voorzitter en de secretaris genieten eene vaste bezoldiging; de leden ontvangen een door Ons te bepalen vergoeding voor de diensten, die zij in die hoedanigheid bewijzen.
4. Indien Onze Minister, met de uitvoering van deze wet belast, of de Voorzitter dat noodig achten, dient de voltallige Gezondheidsraad van voorlichting. In de andere gevallen dienen commissies, door den Voorzitter uit den leden gevormd, van voorlichting (...).’¹¹

Essentieel is dat deze bepalingen de Gezondheidsraad niet karakteriseerden als wetenschappelijk adviesorgaan; de wettelijke taakstelling bood hem alle ruimte de grenzen van de wetenschap te overschrijden, in navolging van zijn voorganger.

Na de installatievergadering kwam de Gezondheidsraad nooit meer plenair bijeen. De adviesaanvragen,¹² die in thematiek sterk uiteenliepen en voor de beantwoording waarvan steeds weer andere deskundigheid vereist was, waren niet geschikt om behandeld te worden in de omvangrijke Raad. Sinds 1920 werd het werkelijke hart van de Raad gevormd door commissies, waar die kennis en deskundigheid door de voorzitter waren samengebracht, die voor het opstellen van een goed advies noodzakelijk waren. In deze situatie is tot op heden geen verandering gekomen. Jitta stelde in het interbellum 62 commissies in,¹³ de meeste met een permanente missie en sommige met een ‘ad hoc’ status.¹⁴

Jitta benoemde wetenschappers van diverse pluimage in de commissies, waardoor het wetenschappelijk debat een breed, multidisciplinair draagvlak kreeg. Door zijn beleid legde hij in feite het fundament voor wat de Gezondheidsraad tegenwoordig is: een *wetenschappelijk* adviesorgaan, en nam hij afscheid van de gedachte dat de Raad (ook) een *maatschappelijk* adviesorgaan was waarin belangengroepen participeerden. Deze scheiding was onder Jitta nog niet strikt en absoluut, zoals het vervolg van dit hoofdstuk laat zien.

Het K.B. van 19 februari 1920 bepaalde dat de voorzitter van de Raad de adviezen van de commissies moest doorzenden aan de minister belast met het volksgezondheidsbeleid. De voorzitter was ‘evenwel bevoegd, overwegende bezwaren, die bij hem rijzen tegen het advies der commissie, onverwijld te harer kennis te brengen en de doorzending aan te houden in afwachting van de beslissing der commissie. Wordt aan zijn bezwaren niet tegemoet gekomen, dan kan hij die ter kennis van Onzen Minister brengen.’

Het was de bedoeling dat de commissieleden, die zelf uit hun midden een voorzitter aanwezen, in eerste instantie gekozen werden uit het ledenbestand van de Raad, maar dat was, wegens de voortgaande specialisering in de wetenschap, ontoereikend. Jitta maakte daarom geregeld gebruik van de in artikel 11 van het K.B. neergelegde bevoegdheid om deskundigen van buiten de Raad in de commissies te benoemen. Aan het eind van de jaren dertig hadden zij in meer dan de helft van de commissies zitting; in één op de drie commissies vormden zij de meerderheid.

Omdat Jitta het bezwaarlijk vond steeds weer een beroep te doen op dezelfde mensen, namen de meeste leden van de Raad slechts aan een paar commissies deel:

‘Volgt men eene andere methode en betreft men de leden veelvuldig bij zaken, die niet behooren tot het gebied van hunne bijzondere deskundigheid, dan ontstaat het gevaar, dat tijdsgebrek hen zal beletten zich voor het lidmaatschap van den Raad beschikbaar te stellen en zal ook gerekend moeten worden met de mogelijkheid, dat op den duur de belangstelling kan verminderen. De leden van den Raad moeten er van verzekerd kunnen zijn, dat zij, indien opgeroepen, ook metterdaad eene bij hunne speciale kennis passende taak zullen vinden. Alleen zóó mag men vertrouwen, dat steeds de eerste krachten op elk gebied van de volksgezondheid bereid zullen zijn zich het lidmaatschap van den Gezondheidsraad te laten welgevalen.’¹⁵

Toch zag Jitta zich gedwongen op enkele leden een buitensporig groot beroep te doen. Dit waren de hoofdinspecteurs, functionarissen van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid en het Rijks-Serologisch Instituut (in 1934 gefuseerd tot het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid), secretaris-lid Van Asch van Wijck, Weijerman, en de hoogleraren in de gezondheidsleer Christiaan Eijkman (1858-1930) en Johannes Jacob van Loghem (1878-1968). Zelf nam Jitta in de meeste commissies zitting.¹⁶ Verder maakte hij herhaaldelijk gebruik van zijn bevoegdheid alle commissievergaderingen bij te wonen. Dat gold ook voor de directeur-generaal van de Volksgezondheid, die in 1922 door de minister tot plaatsvervangend voorzitter van de Raad werd benoemd.¹⁷

Een alleenrecht wat betreft de instelling van commissies en het regelen van de samenstelling ervan, het recht om alle commissies voor te zitten: de Gezondheidswet gaf Jitta schier onbeperkte macht. De positie van de voorzitter werd nog versterkt door het reglement van orde dat in het najaar van 1920 werd vastgesteld. Dat stelde dat de dagelijkse leiding van de Raad bij de voorzitter berustte. De secretaris was, anders dan bij de Centrale Gezondheidsraad, aan hem ondergeschikt. De voorzitter kreeg bovendien het mandaat 'in spoedeisende gevallen voor den Raad op te treden'.¹⁸ Dit hield in dat hij zelfstandig, buiten een commissie om, advies kon uitbrengen. Van deze bevoegdheid maakte Jitta meer dan eens gebruik.

4.1.5 Secretariaat

In 1920 traden bij het secretariaat van de Gezondheidsraad twaalf mensen in dienst, de meeste afkomstig van de Centrale Gezondheidsraad.¹⁹ Onder hen bevonden zich acht (hoofd)commiezen, onder wie één arts. Tot 1957 bleef het bij die ene academicus. Jitta stond aan het hoofd van het personeel. Het reglement van orde bepaalde dat hij ook verantwoordelijk was voor het beheer van het gebouw, de bibliotheek en het budget. De secretaris speelde ogenschijnlijk de tweede viool; hij beheerde formeel slechts het archief,²⁰ maar had in de praktijk toch de leiding over het personeel.

Het secretariaat werd in het interbellum door forse bezuinigingen getroffen.²¹ Op 1 april 1924 moesten drie commiezen het secretariaat van de Raad verlaten. Meevaller was dat een arts bereid gevonden werd belangeloos de bibliotheek op orde te houden, 'waardoor stagnatie werd voorkomen en deze bibliotheek, die als sociaal-hygiënische een eerste plaats in ons land inneemt, haar waarde bleef behouden', aldus een jaarverslag.²² In de jaren dertig kromp het personeelsbestand verder in. De bezuinigingsoperatie werd ingezet met het ontslag van de secretaris per 1 januari 1933.²³ Zijn werk werd overgenomen door referendaris F. Heijne, die een jaar later zelf het veld moest ruimen. Ook werden in 1934 twee commiezen en een bode ontslagen,²⁴ waardoor de Raad zich tot de Tweede Wereldoorlog moest behelpen met een hoofdcommies, drie schrijvers en een bode.²⁵ De hoofdcommies, de arts Harmen Frederik Minkema (1876-1958), kreeg de leiding van het secretariaat. Hij was na zijn promotie in 1905 ruim twintig jaar werkzaam als officier van gezondheid bij de Koninklijke Marine. Eind jaren twintig trad Minkema toe tot het secretariaat van de Gezondheidsraad. In 1938 werd hij bevorderd tot referendaris. Een aanstelling tot secretaris bleef uit bezuinigingsoverwegingen achterwege.

4.1.6 Bezuinigingen

De eerste begroting van de Gezondheidsraad, voor het jaar 1921, bedroeg f 148.800, ruim genoeg om de salarissen van de voorzitter, de secretaris en het overige personeel te betalen; reis- en verblijfkosten aan de commissieleden uit te keren; en het drukwerk, de huur en inrichting van het nieuwe gebouw te bekostigen. Een bedrag van f 24.000 was bestemd als salaris voor vier leden van de voormalige Centrale Gezondheidsraad.²⁶ De Tweede Kamer repte met geen woord over de begroting.

De economische depressie die Nederland in het begin van de jaren twintig trof, bracht in dat laatste verandering. De regering zag zich genoodzaakt fors te bezuinigen op de uitgaven.²⁷ Minister Aalberse besloot in 1923 ruim f 20.000 minder aan de Gezondheidsraad uit te keren.²⁸ Ook op andere posten in de sector 'volksgezondheid' werd gekort, maar dat was voor de parlementariërs niet voldoende. De eerste kritische geluiden over de Gezondheidsraad vielen te beluisteren. In het Voorlopig Verslag van de Tweede Kamer werd het bestaansrecht van de Raad in twijfel getrokken, omdat de minister ook advies

kon vragen aan het Staatstoezicht en de directeur-generaal.²⁹ Het voorstel van de Kamer om méér te bezuinigen op de Raad vond de bewindsman evenwel ondoenlijk.³⁰

Eén jaar later was hij van mening veranderd, toen hij weer, nu ruim 35 procent, bespaarde op het budget voor de Gezondheidsraad. Andere instellingen op het vlak van de volksgezondheid moesten hooguit acht procent inleveren.³¹ Desondanks vonden sommige Tweede-Kamerleden de bezuinigingen op de Raad te gering. Zij spraken weliswaar hun bewondering uit voor het verrichte werk, maar vonden het advieslichaam 'veel te groot en te kostbaar'. Weer pleitte een aantal parlementariërs voor opheffing van de Raad, maar voor de bewindsman was dit onbespreekbaar:

'Dank zij deze organisatie heeft de Regeering gratis de beschikking over de medewerking van vooraanstaande personen op velerlei gebied, die zij niet kan ontberen. (...) Ware deze organisatie, berustende op onbezoldigde eereambten, er niet, dan zouden telkens commissies ad hoc gevormd moeten worden, maar dan zouden de kosten zeker niet geringer worden en zou aan den anderen kant een prikkel ontstaan om zoo min mogelijk voorlichting te vragen. In de bestaande organisatie is het van geen noemenswaardigen financiële invloed, wanneer in ruime mate voorlichting wordt gevraagd.'

Bovendien, aldus de minister, onderhield de voorzitter van de Gezondheidsraad namens de regering belangrijke internationale contacten:

'Vooral nu den Volkenbond zich met de hygiëne meer en meer gaat bemoeien en de voorzitter van den Raad is aangewezen als lid van de hygiënische Commissie van den Bond, is zijn ambt nog meer onmisbaar geworden. Immers, geen lid van de inspectie en geen ambtenaar van het Departement heeft als hij door zijn functie contact met alle richtingen en wenschen op dit gebied.'³²

Ondanks deze lovende woorden werd in 1925 opnieuw fors bezuinigd op de Gezondheidsraad.³³

Inmiddels had de minister een Commissie voor vereenvoudiging en ineenvoeging van medische Rijksdiensten geïnstalleerd, die in 1925 advies uitbracht.³⁴ Zij drong aan op behoud van de Gezondheidsraad. Belangrijk was, aldus de commissie, dat in deze organisatie 'voor hygiënisch beleid en wetgeving een groot aantal deskundige raadgevers buiten de ambtenaarswereld aan de Regeering ten dienste staan'. Door overplaatsing naar het departement kon volgens haar het secretariaat van de Raad verder worden ingekrompen.³⁵ Zover kwam het echter niet. Door het krachtige herstel van de economie stond het overheidsbeleid in de tweede helft van de jaren twintig niet in het teken van bezuinigingen.³⁶ De Gezondheidsraad zag zijn begroting in deze jaren met in totaal bijna f 20.000 stijgen.³⁷

In de jaren dertig werd de Gezondheidsraad door nieuwe bezuinigingen getroffen. Oorzaak was de economische wereldcrisis die zich ook in Nederland deed voelen. Het overheidsapparaat werd flink beknot. De Gezondheidsraad doorstond de nieuwe bezuinigingen in eerste instantie door in 1931 de uitgave van zijn blad *Mededeelingen* stop te zetten en per 1 januari 1933 secretaris Van Asch van Wijck te ontslaan.

Daarmee was het leed nog niet geleden. Op 22 juli 1933 liet minister J.R. Slotemaker de Bruïne (1869-1941) Jitta weten dat de begroting van de Gezondheidsraad in 1934 moest worden gehalveerd; het was aan de voorzitter een oplossing te vinden.³⁸ Negen dagen later viel het antwoord bij de minister in de bus. Jitta koos voor ontslag van vier van de negen personeelsleden en daarnaast verlaagde hij de niet-personele uitgaven. Belangrijk was zijn besluit om niet te besparen op de reis- en verblijfkosten van de commissieleden; daardoor konden de commissies onverminderd hun werk voortzetten.³⁹

Begin 1935 kondigde de bewindsman nieuwe bezuinigingen aan. Hij overwoog een deel daarvan te realiseren door in de toekomst de directeur-generaal van de Volksgezondheid tot voorzitter van de Gezondheidsraad te benoemen. Jitta wees dit van de hand:

'Ik zoude dit om principieele redenen niet kunnen aanraden, omdat dan het karakter van den Gezondheidsraad grootendeels verloren zou gaan. De Raad dient immers de Minister van advies in zaken, waarover de Directeur Generaal zich meestal reeds eene meening heeft gevormd, en daarom moet aan den raad eene volkomen zelfstandigheid worde gelaten. Dit sluit niet uit, dat de Directeur aan alle besprekingen en vergaderingen kan deelnemen, zooals trouwens ook nu geschiedt. (...) Een tweede mede ernstig bezwaar is, dat de Directeur Generaal geen medicus is en hoezeer hy zich ook in allerlei kwesties kan inwerken, toch moeielyk de besprekingen kan

leiden die steeds over medische onderwerpen lopen. De waardeering, die naar ik my vlei de Gezondheidsraad by de geneeskundigen geniet, zoude onder eene niet medischen voorzitter zeker lyden.⁴⁰

Hoewel Jitta meende dat een nieuwe reorganisatie 'hoe dan ook aan den Gezondheidsraad een deel van zijn beteekenis zal ontnemen', verplichtte de werkelijkheid hem opnieuw mee te denken over 'een finantieel minder drukkende organisatie'. Hij zag twee mogelijkheden om de beoogde bezuinigingen te realiseren. In de eerste plaats stelde hij voor de voorzitter van een aantal werkzaamheden te ontlasten 'zoodat hij niet een vol ambtenaar hoeft te zijn'. Invoering van het part-time voorzitterschap, dat Jitta deels als een 'eerebetrekking' beschouwde, kon een aanzienlijke besparing opleveren. Een tweede optie was een verhuizing van de Raad naar het departement.⁴¹

De opvolger van Slotemaker de Bruïne, M. Slingenberg (1881-1941), loste de financiële problemen op door van het voorzitterschap van de Raad een onbezoldigde functie te maken. Jitta bleef buiten schot, omdat hij 'vervroegd' recht kreeg op pensioen.⁴² De maatregel werd in 1937 van kracht. Omdat ook andere posten werden verlaagd, daalde het budget van de Raad in dat jaar met bijna f 18.000, tot het absolute dieptepunt van f 13.811.⁴³

Omdat de economie aantrok, bleven verdere bezuinigingen uit, maar op mededogen kon de Raad niet rekenen. Waar andere instellingen op het gebied van de volksgezondheid profiteerden van de ruimere vulling van de schatkist, steeg het budget van de Raad nagenoeg niet. Desondanks hield het gekortwielde college stand, vooral dank zij de bezielende leiding van de bejaarde voorzitter. Nieuwe problemen dienden zich aan, toen de 81-jarige Jitta in de zomer van 1939 aankondigde uiterlijk 1 januari 1940 de voorzittershamer te zullen neerleggen.

4.1.7 De benoeming van de opvolger

Minister J. van den Tempel (1877-1955) moest op zoek naar een opvolger voor Jitta, die sinds 1937 belangeloos en nog steeds full-time zijn ambt had vervuld. De in 1936 tot directeur-generaal van de Volksgezondheid benoemde Cornelis van den Berg (1892-1987) stelde een profielschets op. Uit zuinigheid wilde hij 'dat het voorzitterschap een bijfunctie wordt, die naast een ander ambt, b.v. dat van hoogleeraar, kan worden waargenomen', en waarvoor ongeveer f 2000 beschikbaar moest worden gesteld. Hij dacht aan een persoon met leidinggevende kwaliteiten, 'van erkend gezag in de geheele medische en hygiënische wereld en die op het sociaal-hygiënisch terrein algemeen georiënteerd is'. Van den Berg vond 'dat een medisch hoogleeraar daarvoor het meest aangewezen te achten is'. Bovendien moest men de keuze beperken tot 'de niet-klinische hoogleeraren, daar het weinig aanneembaar is, dat klinische hoogleeraren voor het ambt voldoende tijd beschikbaar kunnen stellen'.

Volgens de directeur-generaal voldeed Joannes Antonius James Barge (1884-1952) het meest aan de profielschets. Barge was hoogleeraar in de anatomie en embryologie te Leiden, lid van de Onderwijsraad, en sinds 1937 Eerste-Kamerlid voor de Rooms-Katholieke Staatspartij (RKSP). Bovendien was hij oud-rector magnificus van de Rijksuniversiteit Leiden.⁴⁴

Van den Tempel steunde de voordracht, vooral ook omdat hij wilde voorkomen dat het voorzitterschap van de Raad werd gecombineerd met een departementale betrekking. Op last van de minister van Financiën, kabinetsleider D.J. de Geer (1870-1960), probeerde hij een vrijwilliger voor de functie te strikken. Toen dit onmogelijk bleek, kreeg de bewindsman in februari 1940 het groene licht om f 2000 voor het voorzitterschap beschikbaar te stellen.⁴⁵ Haast met het zoeken van een kandidaat was geboden, want Jitta was inmiddels op 1 januari 1940 afgetreden. Van den Berg nam het voorzitterschap waar. De toegestane vergoeding bleek te mager om een hoogleeraar te interesseren. Ook Barge bedankte voor de eer. Uiteindelijk toonde de oud-geneesheer-directeur van het St. Elisabeth Gasthuis in Haarlem, Leendert Cornelis Kersbergen (1873-1958), zich bereid part-time en met ingang van 15 mei 1940 het voorzitterschap op zich te nemen.⁴⁶

4.1.8 Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en het particulier initiatief

Het Staatstoezicht op de Volksgezondheid was krachtens de Gezondheidswet van 1919 opgedragen aan vak-hoofdinspecteurs, inspecteurs 'en aan dezen toegevoegde ambtenaren', en gezondheidscommissies.

Het aantal formatieplaatsen bij de inspectie groeide sterk. Spoedig echter kreeg ook deze dienst te maken met bezuinigingen: het aantal (hoofd)inspecties werd teruggebracht van zeven naar vijf⁴⁷ en bovendien verdwenen in 1934 de gezondheidscommissies van het toneel.⁴⁸

Het Staatstoezicht kon op de steun rekenen van gemeentelijke gezondheidsdiensten en particuliere organisaties. Omdat de plaatselijke 'organisatiegraad' sterk uiteenliep, streefde minister Aalberse naar een landelijke regeling. Hij diende in november 1920 een ontwerp van wet tot instelling van Gezondheidsdiensten in. Volgens dit voorstel zou het land worden opgedeeld in gezondheidsdistricten, met elk een gezondheidsdienst. Deze ambtelijke organisaties, met zowel een adviserende als uitvoerende taak, moesten eenheid brengen in het volksgezondheidsbeleid. Zij zouden de gemeentelijke gezondheidsdiensten en gezondheidscommissies overbodig maken en de overheid zou minder afhankelijk worden van het particulier initiatief.⁴⁹

Aalberse zag van openbare behandeling van het wetsontwerp af, omdat de financiële basis voor zijn plan door de economische crisis wegviel. Ook zijn opvolgers werden geconfronteerd met beperkte financiële middelen. Uiteindelijk trok minister Slotemaker de Bruïne het wetsvoorstel in december 1933 in.⁵⁰

De regering vond een goedkopere oplossing voor de bevordering van de volksgezondheid: subsidiëring van particuliere organisaties. Deze verenigingen, die veelal een levensbeschouwelijke grondslag hadden, draaiden voor een belangrijk deel op eigen inkomsten; de overheidssubsidie was slechts aanvullend. De particuliere organisaties, met de kruisverenigingen voorop, maakten in het interbellum een snelle ontwikkeling door.⁵¹ Zij werden steeds vaker ingeschakeld voor de uitvoering van het door de overheid vastgestelde volksgezondheidsbeleid. Hun invloed groeide door samenwerking met de inspectie, die richtlijnen opstelde voor het verkrijgen van subsidie.

Behalve de economische malaise speelden ook politieke overwegingen een rol bij het van de agenda afvoeren van de gezondheidsdiensten en het in plaats daarvan steunen van particuliere organisaties. Deze verenigingen boden de confessionele bewindslieden namelijk de mogelijkheid hun greep op de, sinds 1920, sterk verzuilde maatschappij te verstevigen.⁵²

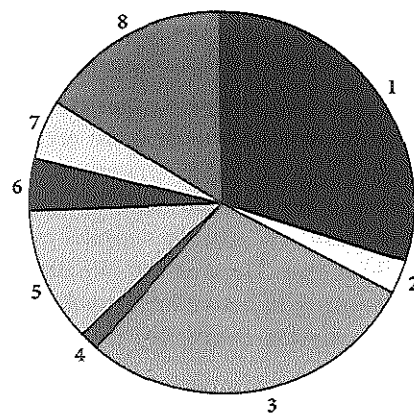
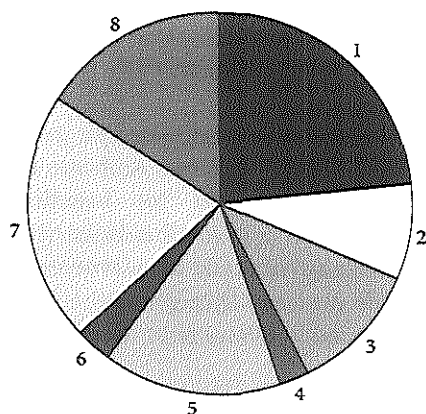
4.2 DE ADVIEZEN

De Gezondheidsraad bracht in de eerste twintig jaar van zijn bestaan 344 adviezen uit, over onderwerpen die sterk verwant waren aan de onderwerpen die de Centrale Gezondheidsraad in behandeling had genomen. Ook in het interbellum domineerden de thema's 'preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten', 'uitoefening van de geneeskunde' en 'levens- en genotmiddelen' de agenda.

4.2.1 Pokken en de totstandkoming van de Inentingswet

Zoals we zagen in het vorige hoofdstuk, bleef de indirecte vaccinatieplicht tegen pokken in de eerste twee decennia van deze eeuw gehandhaafd. Alleen kinderen met gezondheidsbezwaren mochten volgens de Wet van 17 Juli 1911 scholen bezoeken ondanks het feit dat ze niet waren ingeënt. In de jaren twintig keerde het vraagstuk terug op de politieke agenda. Het incidenteel optreden van een ernstige ziekte als gevolg van vaccinatie bracht de gemoederen in beweging. Deze ziekte, *encefalitis postvaccinalis*, eiste enkele tientallen dodelijke slachtoffers. De medische wereld, met een commissie van de Gezondheidsraad voorop, concentreerde zich jarenlang op het vinden van de oorzaken van, en middelen tegen, deze vorm van hersenontsteking. Daarnaast boog de commissie zich over de vraag of de overheid de burgers kon verplichten zich te laten inenten.

De adviezen van de commissie bevatten voor de bewindslieden belangrijke bouwstenen voor het beleid. In de debatten in het parlement stonden haar aanbevelingen centraal. Reden genoeg dus om aan deze commissie aandacht te besteden. We pakken de draad op in 1921, toen *encefalitis postvaccinalis* nog een onbekende ziekte was.



	Gemiddeld 1902-1985	1 september 1920 - 10 mei 1940
1. Besmettelijke ziekten	23,4%	30,2%
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)	8,2%	2,6%
3. Uitoefening van de geneeskunde	11,0%	28,8%
4. Ethiek en recht	2,6%	1,5%
5. Levens- en genotmiddelen	14,9%	11,3%
6. Leefomstandigheden	2,9%	4,6%
7. Risico's van menselijke activiteiten	21,1%	4,9%
8. Overig, waaronder:	15,8%	16,0%
• Interne organisatie en functioneren instellingen op het terrein van de volksgezondheid	3,4%	4,9%
• Statistiek	2,5%	1,5%
• Gezondheid van bodem, water en lucht	1,8%	2,9%
• Beroepsziekten	1,6%	0,6%

Adviezen Gezondheidsraad 1 september 1920 - 10 mei 1940.

Discussies over een nieuwe Epidemiewet

Al enige jaren was duidelijk dat de Epidemiewet van 1872 aan vervanging toe was, omdat sommige bepalingen waren verouderd en in onbruik geraakt. De snelle ontwikkelingen op het terrein van de bestrijding van besmettelijke ziekten dwongen tot het maken van een nieuwe wet. Een door minister Aalberse opgesteld ontwerp werd in maart 1921 aan de Gezondheidsraad voorgelegd. Het belangrijkste voorstel van de bewindsman behelsde de onderverdeling van besmettelijke ziekten in drie groepen, waarvoor verschillende maatregelen van toepassing zouden zijn.

De Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, een vaste commissie van de Raad, stemde op hoofdzaken met het ontwerp in.⁵³ Korte tijd later vernam Jitta dat de bewindsman ook de vaccinatiebepalingen uit de Epidemiewet wilde wijzigen. Vanaf 1911 konden kinderen vrijstelling van vaccinatie krijgen om medische redenen (gezondheidsbezwaren), terwijl Aalberse nu ook aan de gemoedsbezwaarden tegemoet wilde komen. Door het ondertekenen van een verklaring, bevestigd door twee getuigen, zouden ouders met gemoedsbezwaren hun kinderen van inenting kunnen vrijwaren. Verder vond de minister dat gezondheidsbezwaarden konden volstaan met het overleggen van een verklaring ondertekend door één arts, en niet door twee artsen, zoals de Wet van 17 Juli 1911 bepaalde.⁵⁴

Jitta was teleurgesteld dat de Gezondheidsraad over dit deel van het wetsontwerp niet was gehoord. De directeur-generaal van de Volksgezondheid Lambertus Lietaert Peerbolte (1870-1937) beweerde dat de voorgenomen versoepeling van de vaccinatievoorschriften niet op medische, maar op ethische en godsdienstige gronden berustte; daarom hoefde de Raad niet te worden geraadpleegd.⁵⁵ Dit moet ook Aalberse niet hebben overtuigd, want in het najaar van 1921 vroeg hij de Gezondheidsraad om advies over een gewijzigd ontwerp waarin de vaccinatiebepalingen wel waren opgenomen.

De nieuwe vaccinatiebepalingen, in grote lijnen overeenkomend met het voorstel van Kuyper uit 1903, stuitten op bezwaar bij de commissie. Zij voorspelde 'dat van de gelegenheid om de vaccinatie te ontgaan in de overgrote meerderheid der gevallen gebruik zal worden gemaakt door dezulken, die volstrekt geen gewetensbezwaren hebben, doch die uit gemakzucht of om welke reden dan ook van de vaccinatie niet gediend zijn'. Als voorbeeld haalde zij Engeland aan, waar 46 procent van de bevolking

ongevaccineerd bleef doordat gemoedsbezwaarden dispensatie van de inenting konden krijgen. Onder hen waren vele discutabele gevallen. Het onterecht verlenen van vrijstelling gebeurde vermoedelijk ook in Nederland, want de commissie had aanwijzingen dat zogenoemde 'anti-vaccinedokters' zonder medische controle verklaringen ondertekenden waarmee aan de vaccinatie kon worden ontkomen. Aalberse kreeg in december 1921 van de commissie te horen dat de kans op een pokkenepidemie groter werd naarmate het aantal ongevaccineerden groeide.⁵⁶

In het in maart 1924 bij de Tweede Kamer ingediende ontwerp voor een nieuwe Epidemiewet handhaafde Aalberse zijn wens de gemoedsbezwaarden te ontzien. Zij moesten hun kinderen officieel onderwijs kunnen laten volgen. Wel vond de minister dat gewaakt moest worden voor gemakzucht en onverschilligheid bij de bevolking en daarom stelde hij voor dat de burgemeesters per jaar slechts vrijstelling mochten geven aan maximaal één procent van de nieuwe lichting schoolkinderen. Als deze grens werd overschreden, dan moest de burgemeester een onderzoek instellen waarom de artsen in zijn gemeente zoveel verklaringen afgaven. Gebeurde dat afgeven al te lichtzinnig, dan kon de burgemeester alsnog ingrijpen.⁵⁷

Aalberse kreeg een stortvloed van bezwaren te verduren. Zo wezen het Nederlandsch Congres voor Openbare Gezondheidsregeling en de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het wetsontwerp van de hand, omdat zij vonden dat roekeloos werd omgesprongen met de gezondheidsbelangen van het Nederlandse volk.⁵⁸ Ook in het Voorlopig Verslag van de Tweede Kamer overheerste de kritiek. De parlementariërs vreesden voor het ontstaan van infectiehaarden in bepaalde delen van het land.⁵⁹

De commentaren waren niet aan dovemansoren gericht. Weliswaar hield de bewindsman vast aan zijn plan tegemoet te komen aan de werkelijke gezondheids- en gemoedsbezwaren, maar daarnaast stelde hij voor de vrijstellingsprocedures aan te scherpen. Zo moesten de gezondheidsbezwaarden, naast een verklaring ondertekend door een arts, ook een bewijs overleggen dat de verklaring was gezien door de inspecteur van de volksgezondheid. Voorts had Aalberse de tekst over de weg die de gemoedsbezwaarden moesten volgen, flink gewijzigd. Het gezinshoofd moest nu een verklaring ondertekenen dat hij en zijn minderjarige kinderen uit godsdienstige overtuiging niet 'tegen de geldelijke gevolgen van eenige persoonlijke of zakelijke ramp of ongeval' waren verzekerd. Dit maakte voor de echte gemoedsbezwaarden weinig uit, omdat zij niet alleen inenting, maar ook alle soorten van verzekering afwezen. De kans op misbruik door anderen zou door deze regeling echter aanzienlijk kleiner worden, aldus de minister.⁶⁰

Aalberse kon het wetsontwerp niet meer in het parlement verdedigen. Zijn opvolger D.A.P.N. Koolen (1871-1945) bleef te kort in functie om iets te kunnen bereiken. Het daaropvolgende, extraparlamentaire kabinet-De Geer I (1926-1929) liet in de regeringsverklaring van 11 maart 1926 weten zich niet te willen wagen aan oplossing van het slepende vaccinatievraagstuk. Minister Slotemaker de Bruïne besloot de vaccinatie-artikelen uit het ontwerp voor een nieuwe Epidemiewet te lichten,⁶¹ maar zijn poging het stuk in het voorjaar van 1927 door de Tweede Kamer te loodsen leed schipbreuk. Een aantal Tweede-Kamerleden wilde namelijk, op initiatief van de antirevolutionairen, de vaccinatiebepalingen terugbrengen in de tekst. Een amendement van deze strekking domineerde het debat.

In de Tweede Kamer wierp de fractievoorzitter van de Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP), G.H. Kersten (1882-1948), zich als woordvoerder van de gemoedsbezwaarden op. Hij gaf ruiterlijk toe de toenmalige wet te ontduiken door burgers te vertellen welke artsen ongezien verklaringen voor vrijstelling van de vaccinatie ondertekenden. Dit leidde tot een forse woordenwisseling met SDAP-woordvoester A.E.J. de Vries-Bruins (1874-1957), in het interbellum lange tijd de enige arts in de Kamer:

'Kersten: Wij hebben deze zelfde clause in de thans geldende wet, en ik stel er prijs op, dat ik met een groot aantal kinderen elk jaar tracht die verklaring van den geneesheer te verkrijgen, om zodoende onze kinderen op school te krijgen, zonder dat zij gevaccineerd zijn.

De Vries-Bruins: Hoogst onbehoorlijk van u. Hoogst onbehoorlijk, dat een Kamerlid bevordert, dat de wet ontdoken wordt!

Kersten: Dat is zoo behoorlijk van mij, dat ik het hier vrij en open durf zeggen . . .

De Vries-Bruins: Nog brutaal bovendien!

Kersten: . . . en dat ik steeds vrij en open gedaan heb, want ik heb niet in het verborgene gehandeld, maar zoo dat de heele wereld in beroering komt, namelijk de wereld van de vaccine-aanbidders, en als ik kan, zal ik ze nog meer in de war brengen!

Uiteindelijk werd het amendement van de antirevolutionairen verworpen.⁶² Het begon ernaar uit te zien dat Slotemaker de Bruïne de Epidemiewet van 1872 eindelijk naar het archief kon verwijzen, maar bij de behandeling van een van de laatste artikelen van het wetsontwerp strandde zijn poging alsnog. Het ging om artikel 36, dat bepaalde dat de Epidemiewet verviel, met uitzondering van de vaccinatiebepalingen. De Vries-Bruins greep de gelegenheid aan om aanscherping van de vaccinatievoorschriften te bepleiten. Zij stelde voor de verklaringen van de gezondheidsbezwaarden door een inspecteur van de volksgezondheid te laten controleren, om de door Kersten en de Gezondheidsraad gesignaleerde ontduiking van de wet te bestrijden. De bewindsman hield echter voet bij stuk; hij wilde het vaccinatievraagstuk niet in het debat betrekken. Toen de Tweede Kamer toch het amendement van De Vries-Bruins aannam, vroeg Slotemaker de Bruïne op 10 juni 1927 schorsing van de beraadslagingen aan.⁶³

Opschorting van de vaccinatiebepalingen

Inmiddels was het optreden van encefalitis postvaccinalis de discussie over de vaccinatie gaan beheersen. In februari 1925 wees de neuroloog Frans Susan van Bouwdijk Bastiaanse (1888-1953) op een mogelijk verband tussen de hersenontsteking en koepokinenting.⁶⁴ Voor geneeskundig hoofdinspecteur Johannes Theodorus Terburgh (1868-1940) was dit aanleiding een aantal deskundigen, onder wie Jitta, bijeen te roepen. De vergadering vond plaats op 26 maart. Afgesproken werd dat een driemanschap - Terburgh, Van Bouwdijk Bastiaanse en het hoofd van de Bacteriologische Afdeling van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid, Jacob Pieter Bijl (1880-1973) - het vraagstuk in studie zou nemen.⁶⁵

In december 1925 rondde de drie hun onderzoek af. Terburgh berichtte minister Koolen dat de diagnose van Van Bouwdijk Bastiaanse klopte. De oorzaak van de hersenontsteking moest naar alle waarschijnlijkheid niet worden gezocht in de gebruikte vaccinestof, maar in een door de inenting veroorzaakte activering van een in het lichaam van kinderen latent aanwezig virus. De ziekte volgde naar verhouding het vaakst op inenting in de maanden februari en maart. Terburgh vroeg toestemming voor het sturen van een circulaire naar alle artsen met het advies niet te vaccineren tussen 1 februari en 1 mei. Nieuwe ziektegevallen moesten worden voorkomen om tegenstanders van de vaccinatie geen munitie te geven voor een campagne, aldus Terburgh. De minister legde de aanbevelingen van de hoofdinspecteur eind december aan de Gezondheidsraad voor.⁶⁶

De Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten bracht drie weken later advies uit. Zij bestond voor deze gelegenheid uit Eijkman (voorzitter), Jitta, Terburgh en Van Loghem. De leden onderschreven de stelling dat de koepokstof niet verantwoordelijk was voor de hersenontsteking, maar over de werkelijke oorzaak tastten zij in het duister. De commissie was het niet eens over de te nemen maatregelen. Van Loghem vond dat de regering het vaccinatieprogramma voor onbepaalde tijd moest stopzetten. Jitta verzette zich daartegen fel; voor hem stond een direct verband tussen de koepokinenting en de hersenontsteking nog niet vast. Aanvaarding van het voorstel van Van Loghem zou de vaccinatie in discrediet brengen, de tegenstanders in de kaart spelen en de beschermingsgraad van de bevolking tegen pokken aantasten, aldus Jitta. Uiteindelijk schaarde de commissie zich eensgezind achter het plan van Terburgh om de vaccinatieperiode aan te passen. Van Loghem tekende hierbij wel aan dat het voorstel hem niet ver genoeg ging, terwijl Jitta de minister liet weten nog niet overtuigd te zijn van de noodzaak van verschuiving van de vaccinatieperiode.⁶⁷ Minister Koolen wees het voorstel van de commissie van de hand:

‘Zou er inderdaad verband bestaan tusschen de inenting tegen pokken en de 35 geconstateerde gevallen van ernstige ziekte met encefalitis-verschijnselen, dan zou de Staat niet langer - zij het indirect - de bevolking tot vaccinatie der kinderen mogen dwingen. Zelfs het uitspreken van twijfel of eenig zwak vermoeden, zooals in Uw voorstel ligt opgesloten, zou de Regeering onvermijdelijk stellen voor de consequentie van wetswijziging.’

De bewindsman voegde hieraan toe dat hij uit het advies had opgemaakt dat er nog geen overtuigende aanwijzing bestond voor een relatie tussen vaccinatie en encefalitis.⁶⁸ In feite nam hij hiermee het standpunt van Jitta over.

In oktober 1926 ondernam Terburgh een nieuwe poging de vaccinatieperiode ingeperkt te krijgen. In de maanden februari tot en met april was het aantal gevallen van hersenontsteking weer hoger dan normaal, maar dat gold nu ook voor juni tot en met oktober. Terburgh pleitte ervoor de artsen op te roepen alleen in november en december te vaccineren. In deze twee maanden hadden zich in 1924 en 1925 geen ziektegevallen voorgedaan. De commissie van de Gezondheidsraad had geen grote verwachtingen van het voorstel, maar als de oproep aan de artsen geen officieel karakter zou hebben en weinig opzien baren, kon zij ermee instemmen. Minister Slotemaker de Bruïne verklaarde zich echter, op dezelfde gronden als zijn voorganger, tegen het plan.⁶⁹

Inmiddels werden in verschillende wetenschappelijke tijdschriften argumenten gewisseld over encefalitis postvaccinalis. De directeur van het Rijks-Serologisch Instituut, buitengewoon hoogleraar in de serologie Hendrik Aldershoff (1877-1937), opperde dat de oorsprong van de ziekte toch moest worden gezocht in besmetting van de koepokstof. In Parijs was volgens een andere methode een entstof ontwikkeld, neurovaccin genoemd.⁷⁰ In Spanje waren met deze stof 2½ miljoen inentingen verricht, waarbij zich geen ziektegevallen hadden voorgedaan. Aldershoff drong erop aan het gebruikelijke dermovaccin (de koepokstof) te vervangen door het neurovaccin:

‘Is die uitslag gunstig, dan is er dubbele winst: een reine pokstof, die tevens onschadelijk is gebleken; is de uitslag ongunstig, dan is de wetenschap uitgepraat.’⁷¹

Op 27 juli 1927 besprak de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten het voorstel van Aldershoff.⁷² De directeur greep de gelegenheid aan zijn voorkeur voor het neurovaccin uit te spreken; een proef moest uitwijzen of dit vaccin de oplossing was voor het encefalitisvraagstuk.⁷³ Van Loghem keerde zich fel tegen zo’n experiment. De resultaten van de inentingen met neurovaccin waren volgens hem uiterst onzeker. Hij bracht zonder succes een voorstel in stemming om de zijdelingse inentingsdwang op te heffen. De meerderheid van de commissie was bang dat, bij stopzetting van de vaccinatieplicht, pokken weer de kop konden opsteken. De deskundigen wilden echter niet langer lijdzaam toezien hoe encefalitis om zich heen greep. Daarom adviseerden zij de minister het dermovaccin te vervangen door het neurovaccin.⁷⁴

Slotemaker de Bruïne volgde in allerijl het advies op. Actie was volgens hem gewenst, omdat er sinds 1924 op 150.000 inentingen 118 encefalitisgevallen waren gezien, waarvan 37 met dodelijke afloop. Op 1 augustus zette hij de inenting met dermovaccin stop.⁷⁵ Toen het Rijks-Serologisch Instituut genoeg neurovaccin had bereid, kon op 22 augustus het inentingsprogramma met het nieuwe produkt worden voortgezet.⁷⁶

Ook na introductie van het neurovaccin bleven zich complicaties in het centrale zenuwstelsel voordoen. Eind september werd bij de inspectie het eerste ziektegeval gemeld. De bewindsman wendde zich met spoed tot de Gezondheidsraad. Volgens de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten stond het niet vast dat het in dit geval om encefalitis ging. Enkele leden vonden het nemen van verstrekkende maatregelen voorbarig; afschaffing van de indirecte vaccinatieplicht mocht volgens hen pas in het uiterste geval worden overwogen. De desbetreffende leden schaarden zich achter het hernieuwde voorstel van Terburgh om bij brief alle artsen te vragen de vaccinatie uitsluitend in november en december te verrichten. Bovendien moesten de artsen weten dat de kans op het krijgen van hersenontsteking gering was zolang de vaccinatie plaatsvond bij kinderen jonger dan één jaar. Hier werd aan toegevoegd dat ook bij het volgen van deze gedragslijn encefalitis niet was uitgesloten. De commissie wilde niet ontkennen dat er een ogenblik kon komen waarop de regering verplicht zou zijn de indirecte vaccinatieplicht op te heffen.

Voor bepaalde commissieleden was dat moment al aangebroken. De tijd van proeven was volgens hen voorbij. Van Loghem, gesteund door Lietaert Peerbolte, vond dat de commissie ook acht moest slaan op de morele zijde van het vraagstuk:

‘Brengt een maatregel in het belang der gemeenschap genomen gevaar mede voor het individu dan ontvalt aan de Regeering het recht om dien maatregel op te dringen. Het individu moet dan zelf beoordelen of het zich daaraan wil onderwerpen.’⁷⁷

Uiteindelijk bleek de commissie te verdeeld om advies te kunnen uitbrengen. Slotemaker de Bruïne werd begin oktober van de verschillende standpunten op de hoogte gebracht.⁷⁸ Eén dag later ontving Jitta een brief van de bewindsman waarin hij een nieuw geval van encefalitis meldde. Het rapport van de commissie

was volgens de minister achterhaald en hij vond het teleurstellend dat de commissie had geweigerd een stellige uitspraak te doen over het vaccinatievraagstuk.⁷⁹

Op 11 oktober hervatte de commissie haar overleg over het vaccinatievraagstuk. Onderwijl had zich na toediening van neurovaccin een derde ziektegeval voorgedaan. Het was de commissie bekend dat het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst had besloten bij de minister aan te dringen op opheffing van de zijdelingse inentingsdwang. Jitta wond zich erover op dat de Maatschappij hierover geen ruggespraak had gehouden met de Gezondheidsraad. Hij sprak van een ondoordacht voorstel. Hoofdinspecteur Terburgh, die opheffing van de indirecte vaccinatieplicht 'misdadig' noemde, probeerde tevergeefs de commissie te bewegen in te stemmen met zijn plan alle vaccinaties in november en december te verrichten. Ook Van Bouwdijk Bastiaanse voelde niets voor het loslaten van de dwang. Hij pleitte, eveneens zonder succes, voor een directe vaccinatieplicht voor alle kinderen tot één jaar.

De tegenstanders van de inentingsdwang kwamen dit keer zegevierend uit de vergadering tevoorschijn. Directeur-generaal Lietaert Peerbolte, die opmerkte dat de medische wereld was ingeslapen op het kussen van de dwang, en Van Loghem overtuigden een meerderheid van de commissie ervan dat de overheid niet langer het morele recht had de indirecte vaccinatieplicht te handhaven. De mislukte proef met het neurovaccin was de belangrijkste reden voor deze ommezwaai. De discussie in de vergadering spitste zich toe op de vraag hoe de indirecte vaccinatieplicht kon worden stopgezet. Uiteindelijk steunde een kleine meerderheid van de commissie het voorstel de vaccinatiebepalingen op te schorten. Deze tijdelijke maatregel kon buiten werking worden gesteld zodra het encefalitisvraagstuk was opgelost. Ondanks het voorstel de vaccinatiebepalingen op te schorten deed de commissie een beroep op de overheid de vaccinatie te bevorderen. Bovendien moest de vaccinatieplicht weer worden ingevoerd als een pokkenepidemie ons land zou aandoen. Tot slot adviseerde de commissie om naast het neurovaccin ook het dermovaccin beschikbaar te stellen.⁸⁰

Voor Slotemaker de Bruïne had het neurovaccin afgedaan; hij keerde met rasse schreden terug naar de koepokstof. In de Tweede Kamer moest hij toegeven overhaast te hebben gehandeld, want de invoering van het neurovaccin was op te weinig gegevens gestoeld. Om problemen in de toekomst te vermijden drong hij bij Jitta erop aan een vaste commissie voor het vaccinatievraagstuk te installeren, waarmee hij geregeld in contact wilde treden.⁸¹ Deze eind 1927 opgerichte Studiecommissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie en daarmee samenhangende onderwerpen, al snel de Encefalitiscommissie genoemd, kreeg tot taak 'het vraagstuk van het voorkomen van zenuwaandoeningen na de vaccinatie in al zijn geledingen te bestuderen, te trachten de oorzaak dezer complicatie der inenting op te sporen en de middelen aan te geven, waardoor zij zou kunnen vermeden worden'.⁸² De Encefalitiscommissie splitste zich in drie subcommissies, met als aandachtspunten respectievelijk etiologie, pathologie, therapie; epidemiologie en organisatie van de profylaxe (al snel de kleine commissie genoemd); en eigenschappen en soorten van koepokstof. De commissie riep de medewerking van alle artsen in. Het Centraal Laboratorium kon worden ingeschakeld bij onderzoek van lumbaalvocht, bloed en slijm. Verder kon er een beroep worden gedaan op de inspectie om de gezondheidstoestand van patiënten en ingeënte kinderen te bewaken.⁸³ Door een subsidie van de regering kon de Gezondheidsraad het onderzoek bekostigen.⁸⁴

Terwijl de parlementaire behandeling van de nieuwe Epidemiewet nog was opgeschort, diende minister Slotemaker de Bruïne bij de Tweede Kamer een ontwerp tot wijziging van de vaccinatiebepalingen in. Dat gebeurde op 15 november 1927; de aanleiding was bovengenoemd advies van de commissie van de Gezondheidsraad. De wijziging kwam neer op opschorting van de zijdelingse inentingsdwang tot 1 januari 1931. In de tussentijd moest de Encefalitiscommissie proberen de oorzaak van de hersenontsteking op te sporen.⁸⁵ Kersten begroette het wetsvoorstel in de Tweede Kamer aldus:

'Gedurende 55 jaar is ons volk gedwongen, zijn kinderen aan een handeling prijs te geven, waarvan niemand, ook niet één medicus, de uitwerking kan bepalen. Meer dan een halve eeuw zijn honderden geknecht, die met een bezwaard hart telkens weer tot de vaccinatie overgingen, omdat anders hun kinderen van de scholen geweerd werden. (...) Maar, Mijnheer de Voorzitter, er is meer geschied. God greep in. Hij wierp het Dagonbeeld der vaccinatie omver! De wetenschap is bankroet! Ja, de wetenschap, die onverbiddelijk knielen eischte voor het opgerichte beeld. Mijnheer de Voorzitter! De officiële wetenschap der vaccinatie, die zoo langen tijd onbepert schier heerschte, is failliet. Niet langer kan beweerd worden, dat de vaccinatie een

geheel onschuldige operatie is. De medici hebben dat het volk steeds wijs willen maken. En op welken grond? Wat wisten zij er zelf van? Verreweg de meesten niets. Prof. X. of J. had het gezegd, en dat was genoeg.⁸⁶

Het parlement ging morrend akkoord met het voorstel de jarenlang min of meer heilig verklaarde indirecte vaccinatieplicht op te schorten. Het debat in de Tweede Kamer mondde nog wel uit in aanneming van een amendement waarin de opschortingstermijn van de vaccinatiebepalingen werd teruggebracht naar één jaar. Het gewijzigde wetsontwerp werd met 77 stemmen voor en 1 stem tegen aangenomen.⁸⁷ De Eerste Kamer volgde met de stemverhouding 22-11.⁸⁸ De wet werd vastgesteld op 11 februari 1928 (*Stb.* 29) en zou voorlopig tot 1 januari 1929 van kracht blijven.

De Epidemiewet haalt het Staatsblad

De op 10 juni 1927 in de Tweede Kamer gestrande Epidemiewet stond negen maanden later weer op de agenda van de Kamer. Nu de vaccinatiebepalingen waren opgeschort, voelde Slotemaker de Bruïne zich niet meer gebonden aan de regeringsverklaring. Hij aanvaardde het amendement van De Vries-Bruins, dat bepaalde dat vrijstelling van de vaccinatie op grond van gezondheidsbezwaren voortaan alleen nog maar mogelijk zou zijn na goedkeuring door de inspecteur.⁸⁹

De antirevolutionairen grepen de nieuwe situatie aan om de discussie over de positie van de gemoedsbezwaarden te heropenen. Zij wisten de bewindsman te overreden een bepaling in de Epidemiewet op te nemen waardoor de gemoedsbezwaarden zich aan de vaccinatieplicht konden onttrekken.⁹⁰ Opnieuw stonden de, opgeschorte, vaccinatiebepalingen centraal in de beraadslagingen over de Epidemiewet. Omdat de confessionele partijen ditmaal één lijn trokken, kon het debat snel worden afgerond. Met de stemmen van de SDAP en de liberale fracties tegen aanvaardde de Tweede Kamer op 8 juni 1928 het wetsontwerp van Slotemaker de Bruïne.⁹¹ De Senaat volgde enkele weken later.⁹² De Epidemiewet werd vastgesteld op 21 juli 1928 (*Stb.* 265), waarmee de gemoedsbezwaarden na een strijd van meer dan 55 jaar wettelijke erkenning vonden. Het vaccinatievraagstuk verloor echter niet aan actualiteit, omdat de discussie zich nu verplaatste naar de vraag of de opschorting van de vaccinatiebepalingen moest worden verlengd.

De periode 1928-1932

Zoals gezegd, was de Wet van 11 Februari 1928 tot 1 januari 1929 van kracht. Omdat er nog geen enkel lichtpuntje in de duisternis gloorde, besloot de Encefalitiscommissie te adviseren de opschorting van de vaccinatiebepalingen met twee jaar te verlengen.⁹³ Na overleg met de Tweede Kamer koos de minister voor een periode van één jaar.⁹⁴

Een jaar later trok de 'alastrimepidemie' alle aandacht. In de zomer van 1929 deed zich in Rotterdam en Delft een besmettelijke ziekte voor, aanvankelijk aangezien voor 'alastrim'.⁹⁵ Deze in Engeland veel voorkomende ziekte stond als het ware tussen de waterpokken en echte pokken in. Volgens de betrokken commissie van de Gezondheidsraad moest de Epidemiewet tijdelijk op alastrim van toepassing worden verklaard en verder moesten artsen in een circulaire geïnformeerd worden over de preventieve werking van de koepokinenting tegen alastrim. Minister T.J. Verschuur (1886-1945) stemde daarmee in.⁹⁶

Korte tijd later ontstond er twijfel over de aard van de ziekte. Het kwaadaardige karakter van de epidemie en het betrekkelijk grote aantal sterfgevallen onder niet tegen de pokken ingeënte kinderen strookten niet met de kenmerken van alastrim. Een commissie van de Gezondheidsraad bevestigde deze gedachte. Uit haar onderzoek bleek dat men in Rotterdam te maken had met een pokkenepidemie. Hoewel vaccinatie het middel bij uitstek was om de epidemie te bestrijden, wees de commissie, in verband met het encefalitisgevaar, iedere vorm van dwang van de hand.⁹⁷ De epidemie werd, onder meer door een geslaagd isolatiebeleid, in het najaar snel bedwongen. De pokken konden zich buiten Rotterdam niet verspreiden. De epidemie wakkerde de vraag naar koepokstof aan; het aantal (re)vaccinaties steeg tot ongekende hoogte.

De Tweede Kamer nam minister Verschuur onder vuur voor het door hem gevoerde beleid. Door in eerste instantie de ziekte als alastrim te kwalificeren trad de overheid pas handelend op toen er al zestien patiënten waren overleden.⁹⁸ De bewindsman verdedigde zich door te stellen dat de critici van zijn beleid gemakkelijk praten hadden, omdat zij de epidemie beoordeelden met later verkregen kennis. In de eerste maand dat de ziekte optrad was het stellen van de diagnose 'pokken' uitgesloten en daarom viel de Gezondheidsraad niets te verwijten, aldus de minister.⁹⁹ De Gezondheidsraad was het lichaam 'op welks kompas de Minister moet zeilen', en daarmee was voor Verschuur de kous af.¹⁰⁰

In september 1929 publiceerde de Encefalitiscommissie een uitgebreid overzicht van alle onderzoeken die door haar leden waren verricht. Omdat de resultaten geen enkele conclusie toelieten, wilde de commissie, zowel over de oorzaak van de hersenontsteking als over de bestrijding van deze ziekte, nog geen uitspraak te doen. Bij het rapport was een bijlage gevoegd waarin Terburgh een overzicht gaf van de in Nederland waargenomen gevallen van encefalitis. Daaruit bleek opnieuw dat de ziekte zich vooral na inenting in de maanden februari en maart openbaarde. Volgens de hoofdinspecteur bood de maand mei nu de minste kans op het optreden van de complicatie. Verder bleek uit bestudering van de ziektegeschiedenissen dat encefalitis bij kinderen tot drie jaar veel minder voorkwam dan bij oudere kinderen. De commissie adviseerde de opschorting van de vaccinatiebepalingen te verlengen, zonder een termijn te noemen.¹⁰¹ Verschuur vond een periode van een jaar meer dan voldoende.¹⁰²

Op 20 december 1929 besprak de Encefalitiscommissie de door de minister gestelde vraag of het wenselijk was langs officiële weg, dat wil zeggen door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, pokkenvaccinatie in het eerste levensjaar aan te moedigen. Het was volgens haar niet uit te sluiten dat zich binnen het eerste levensjaar complicaties in het centrale zenuwstelsel konden voordoen. De overheid mocht dat niet voor haar rekening nemen, zo vond een meerderheid van de commissie. Zij beantwoordde daarom de vraag ontkennend, dit overigens tot haar eigen teleurstelling. Het was volgens de commissie namelijk gewenst zuigelingen zo snel mogelijk tegen pokken in te enten, ook al omdat de kans om encefalitis op te lopen bij babies beperkt was. De commissie hoopte dat haar rapport onder artsen zou worden verspreid.¹⁰³

Verschuur gaf hoofdinspecteur Terburgh, dus het Staatstoezicht, opdracht alle artsen te wijzen op de wenselijkheid van inenting op jeugdige leeftijd. Terburgh schreef in een circulaire, die in overleg met de Encefalitiscommissie tot stand kwam, dat massale inenting bij een epidemie niet van gevaar ontbloot was, omdat er tijd ontbrak voor naleving van de zorgvuldigheidseisen en omdat men minder goed kon letten op de individuele omstandigheden van de te vaccineren persoon. Hij drong aan op het inenten van kinderen tussen de derde en negende levensmaand, bij voorkeur in mei en december.¹⁰⁴

In het najaar van 1930 was de oorzaak van de hersenontsteking nog steeds niet opgehelderd. De vele inentingingen tussen juli en november 1929 hadden aangetoond dat het encefalitisgevaar nog onverminderd dreigde. In deze vier maanden werden 84 ziektegevallen gemeld, waarvan 23 met dodelijke afloop. De Encefalitiscommissie kon dan ook niets anders doen dan opnieuw te adviseren de vaccinatiebepalingen op te schorten. Aangezien de vaccinatietoestand van de bevolking door het grote aantal inentingingen in 1929 aanzienlijk was verbeterd, stelde zij voor de Wet van 11 Februari 1928 met twee jaar te verlengen.¹⁰⁵ Minister Verschuur zag veel in dit voorstel, omdat hij het vaccinatievraagstuk niet ieder jaar op de agenda van de Tweede Kamer wilde laten terugkeren. Een motie van De Vries-Bruins om de verlenging tot één jaar te beperken, werd verworpen.¹⁰⁶

De Eerste Kamer aanvaardde de opschorting van de vaccinatiebepalingen tot 1 januari 1933 met een krappe meerderheid. In dit gezelschap trad oud-minister Rink jarenlang als woordvoerder op van de vrijzinnig-democraten, die de opschorting van de vaccinatiebepalingen scherp veroordeelden. Rink, die in 1905 het voorstel van Kuiper om aan de gemoedsbezwaarden tegemoet te komen had ingetrokken, vond dat het beleid van de regering te veel werd bepaald door de enkele encefalitisgevallen. Het pokkengevaar was veel groter en moest worden bestreden, aldus Rink, die vreesde dat bij het uitbreken van een epidemie de immuniteitstoestand van de bevolking zou tekortschieten. In 1930 vond hij naast de liberalen ook de sociaal-democraten aan zijn zijde.¹⁰⁷ Verschuur moest oppassen dat zijn wetsontwerp niet werd verworpen. Hij redde het door de eendrachtige steun van de confessionele Kamerleden: het wetsontwerp werd met negentien tegen vijftien stemmen aangenomen.¹⁰⁸

Op 31 maart 1932 bracht de Encefalitiscommissie het eindverslag van haar werk uit.¹⁰⁹ Het rapport van vierhonderd pagina's, door Bijl opgesteld, leverde weinig nieuws op. In feite was het onderzoek, net als in het buitenland, op een dood spoor beland. Toch had de commissie niet voor niets gewerkt: er waren waardevolle statistische gegevens verzameld, men had nieuwe feiten over de ziekte ontdekt en de pathologische gevolgen van de ziekte waren in kaart gebracht. Bovendien had men aangetoond dat de vaccinatie, indien gegeven op zeer jonge leeftijd, betrekkelijk weinig complicaties opleverde.

Het verslag van de commissie geeft inzicht in de gevolgde werkwijze. De onderzoeken vonden vooral plaats in de instituten en laboratoria waar de commissieleden werkzaam waren. Zo werden het Rijks-Serologisch Instituut, het Centraal Laboratorium, de Psychiatrisch-neurologische kliniek te Utrecht en de Kinderkliniek te Leiden ingeschakeld. De verzameling en bewerking van de epidemiologische en statistische gegevens gebeurden op het bureau van de geneeskundig hoofdinspecteur, dat gevestigd was in het pand van de Gezondheidsraad. Men stond met onderzoekers in het buitenland in contact. Het belang van het onderzoek van de commissie bleek ook uit het feit dat minister Slotemaker de Bruïne geregeld de vergaderingen van de commissie bijwoonde. Verder nam de directeur-generaal van de Volksgezondheid aan 23 van de in totaal 25 vergaderingen deel.

Volgens de commissie was de stand van de wetenschap nog niet zo gevorderd, dat de oorzaak van encefalitis snel kon worden gevonden. In dit opzicht kon de ziekte op één lijn worden gesteld met andere acute aandoeningen van het centrale zenuwstelsel, zoals poliomyelitis (kinderverlamming) en encefalitis lethargica (slaapziekte). De commissie kwam niet veel verder dan de constatering dat de hersenontsteking zeer waarschijnlijk niet door de vaccinstof werd veroorzaakt. Deze conclusie, die ook al in 1925 te beluisteren viel, berustte op het feit dat bepaalde entstoffen die in het buitenland geen complicaties hadden veroorzaakt, in Nederland wel slachtoffers eisten. De meerderheid van de commissie steunde de activeringshypothese: de gedachte dat de inenting een misschien alleen in Nederland en Engeland latent aanwezig encefalitisvirus activeerde.¹¹⁰ De commissieleden hadden dit virus niet kunnen opsporen, maar ze namen zich voor te blijven zoeken naar de oorzaak van de ziekte. Zo nodig zou de commissie in de toekomst weer bijeenkomen.

De minderheidsnota van Terburgh

Op 9 juni 1932 adviseerde een overgrote meerderheid van de Encefalitiscommissie de vaccinatiebepalingen met nog eens twee jaar op te schorten. Terburgh was het hier niet mee eens en hij verdedigde met klem zijn voorstel inenting bij kinderen tot twee jaar verplicht te stellen. Als hoofdargument gebruikte hij de sterk verminderde immuniteit van de Nederlandse bevolking tegen pokken. Vóór 1928 schommelde het aantal per jaar gevaccineerden beneden de twaalf jaar tussen 160.000 en 170.000; in 1931 was dit gedaald tot 31.000. In 1924 tot en met 1926 werden ieder jaar 35.000 kinderen in de eerste twee levensjaren ingeënt, tegen slechts 12.000 in 1931. Bij een pokkenepidemie zou deze terugval rampzalige gevolgen kunnen hebben.

Ook stipte de hoofdinspecteur de situatie in andere landen van Europa aan, waar bijna overal een vaccinatieplicht bestond. Zo was in Duitsland de inenting in het eerste levensjaar verplicht. In Nederland had men te lang vastgehouden aan de indirecte vaccinatieplicht; de bevolking was hierdoor niet goed op de hoogte van de betekenis van vaccinatie:

'Hier in Nederland meent het grootste gedeelte der bevolking, dat men de kinderen moet laten vaccineren om een pokkenbriefje te verkrijgen, aangezien anders het kind niet op school wordt toegelaten. Het verband tusschen de vaccinatie en de pokkenbestrijding ontgaat haar grootendeels.'

In het buitenland waren, zo vervolgde Terburgh, ondanks encefalitis, de vaccinatiebepalingen ongewijzigd gebleven:

'De reden ligt voor de hand, nergens wilde men de voordelen van de vaccinatie prijs geven. Dat de Gezondheidsraad, hoewel met tegenzin, indertijd geadviseerd heeft om de bepalingen betreffende de inenting tijdelijk buiten werking te stellen, vond zijn oorzaak hierin dat wij numeriek en zeker naar verhouding veel meer gevallen van encefalitis na vaccinatie hebben waargenomen dan elders, zoodat de verantwoordelijkheid dubbel zwaar woog.'

Als voorbeeld haalde de hoofdinspecteur opnieuw Duitsland aan, waar in 1931 één geval van encefalitis voorkwam op 100.000 inentingen, tegen één geval op 5000 inentingen in Nederland. Deze cijfers waren

voor Terburgh reden op de voordelen van de directe vaccinatieplicht te wijzen. De hersenontsteking kwam immers slechts sporadisch voor bij kinderen onder de twee jaar. Een pokkenepidemie gevolgd door massale inenting op hogere leeftijd, onder minder strikte toepassing van gebruikelijke voorzorgsmaatregelen, kon daarentegen het aantal gevallen van encefalitis flink doen stijgen.

Om de vaccinatie op jeugdige leeftijd te bevorderen had Terburgh verschillende circulaires aan de artsen gestuurd, maar zijn aanbevelingen sorteerden weinig effect. Niet alleen liep het aantal vaccinaties bij kinderen beneden de twee jaar terug, maar ook werden in 1930 en 1931 nog altijd 32.000 kinderen boven de twee jaar ingeënt. Negen gevallen van encefalitis, waarvan drie met dodelijke afloop, waren van deze late vaccinatie het gevolg. Onder de 23.000 kinderen die voor hun tweede jaar werden ingeënt, kwam slechts één ziektegeval voor. Terburgh kon niet garanderen dat kinderen beneden de twee jaar geen encefalitis zouden oplopen, maar vaccinatie op oudere leeftijd leverde volgens hem veel grotere gevaren op:

‘Op grond daarvan ligt het dus voor de hand de vaccinatie in het eerste of tweede levensjaar te verrichten. Daarbij zullen gevallen van postvaccinale encefalitis niet geheel te voorkomen zijn, doch wanneer men de vaccinatie uitstelt dan zal, wanneer het waarnemen van pokkengevallen tot vaccinatie dwingt, dit moeten geschieden op een leeftijd, waarop het ontstaan van een groot aantal gevallen verwacht kan worden.’¹¹¹

Voor de andere leden van de commissie ging dit standpunt van Terburgh te ver. Men wilde de vaccinatie niet verplicht stellen als er een kans bestond, hoe gering ook, op een ernstige complicatie. Terburgh hield echter voet bij stuk en maakte zijn standpunt in een minderheidsnota aan de minister kenbaar.¹¹²

De bewuste vergadering van de Encefalitiscommissie verliep tumultueus. Jitta zei namelijk het standpunt van Terburgh te delen, maar hij wilde het niet openlijk steunen, omdat het nog niet op een politieke meerderheid kon rekenen; over een paar jaar zouden de Kamerleden wel geneigd zijn de directe vaccinatieplicht te accepteren. Van Bouwdijk Bastiaanse trok fel van leer tegen Jitta, omdat die zijn advies te veel afstemde op de politieke besluitvorming, wat de wetenschappelijke integriteit van de commissie in gevaar kon brengen. Lietaert Peerbolte steunde voorzitter Jitta door erop te wijzen dat de commissie met een zuiver medisch-wetenschappelijk advies haar doel voorbij zou schieten:

‘Men moet rekening houden met allerlei mogelijkheden gedurende de bespreking van zulke voorstellen. Men moet wel tevens politiek bezig zijn.’

De Gezondheidsraad moest volgens de directeur-generaal niet alles of niets spelen. Het was beter een compromis te formuleren met meer kans op succes.¹¹³

Minister Ch.J.M. Ruijs de Beerenbrouck (1873-1936) steunde het meerderheidsstandpunt van de commissie en stelde voor de vaccinatiebepalingen op te schorten tot 1 januari 1935.¹¹⁴ In het debat in de Tweede Kamer haalde De Vries-Bruins de minderheidsnota van Terburgh aan. De waarschuwing van de hoofdinspecteur dat de vaccinatietoestand in Nederland ernstig verzwakte, sprak haar aan. Het was niet uitgesloten dat Duitsland wegens het pokkengevaar economische sancties tegen Nederland zou afkondigen, zo stelde zij. Toch steunde De Vries-Bruins, en met haar vrijwel de hele Kamer, het voorstel van de minister. De overheid kon de bevolking niet dwingen zich bloot te stellen aan een risico op encefalitis.¹¹⁵ Ook een meerderheid van de Eerste Kamer onderschreef deze gedachte.¹¹⁶ Twee jaar later, in 1934, herhaalde de discussie zich. De Encefalitiscommissie sprak haar bezorgdheid uit over de aanhoudende daling van het aantal vaccinaties (in 1933 slechts 25.000), maar adviseerde toch de vaccinatiebepalingen weer met twee jaar op te schorten. Ook Terburgh ging hiermee akkoord, hoewel hij zijn standpunt uit 1932 handhaafde. Hij dacht echter dat indiening van een minderheidsnota geen zin had, omdat hij uit de Eerste en Tweede Kamer geen geluiden had gehoord die wezen op een andere stellingname dan in 1932. Bovendien was Terburgh tevreden met de oproep van de commissie om de propaganda¹¹⁷ ten gunste van vrijwillige inenting te intensiveren.

De commissie constateerde dat de circulaires aan de artsen weinig hadden uitgehaald, omdat het aantal inenting bleef dalen. Daarom wilde de commissie zich rechtstreeks tot de bevolking wenden om te wijzen op het toenemende pokkengevaar en de voordelen van vaccinatie. Om dit plan te verwezenlijken wilde zij verenigingen op het terrein van de volksgezondheid die dicht bij de bevolking stonden, zoals de kruisverenigingen, inschakelen.¹¹⁸ In maart 1935 stelde de Encefalitiscommissie de minister op de hoogte van het feit dat er in 1934 25.000 inenting waren verricht, met twee gevallen van encefalitis. Opnieuw stelde zij dat de vaccinatie bij voorkeur moest plaatsvinden in het eerste levensjaar. Er werd een vergadering belegd op het kantoor van de Gezondheidsraad, waaraan deelnamen Jitta, de geneeskundig

hoofdinspecteur, een afgevaardigde van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de Raad, de voorzitter van de Huisartsencommissie uit de Maatschappij, vertegenwoordigers van besturen van kruisorganisaties, de directeur van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, en de voorzitter van de Nederlandsche Vereeniging voor zuigelingen- en kleuterzorg, om na te gaan wat kon worden gedaan om het beoogde doel te bereiken. Men vond dat de inenting niet met dwang kon worden opgelegd, maar wel moest een grootscheepse campagne worden gevoerd ter stimulering van de vaccinatie in het eerste levensjaar.

Aan de minister werd een plan voorgelegd om het vaccinatiecijfer op te vijzelen. Bij wijze van proef zouden in twee streken, namelijk de provincie Groningen en het oostelijk deel van Noord-Brabant, krachtige campagnes worden opgezet. Behalve de huisartsen zouden de consultatiebureaus aan de uitvoering van het plan meewerken. De praktijken moesten propagandamateriaal krijgen en er moest aandacht worden besteed aan de gezondheidstoestand van het te vaccineren kind. Wijkverpleegsters dienden veertien dagen voor de geplande inentingsdatum na te gaan of de woon- en leefomstandigheden van het kind vaccinatie toelieten (bijvoorbeeld bij aanwezigheid van een besmettelijke ziekte in het gezin niet tot vaccinatie overgaan). Ook de afdelingen van de Maatschappij moesten bij de campagne worden betrokken. In voordrachten zouden artsen worden aangespoord kinderen in het eerste levensjaar in te enten. De kruisverenigingen kregen de coördinatie van al deze activiteiten toebedacht. Minister Slotemaker de Bruïne gaf het groene licht voor uitvoering van het voorstel.¹¹⁹

Het voorstel van minister Slingenberg

Op 1 januari 1937 liep voor de zesde keer de wettelijke regeling tot opschorting van de vaccinatiebepalingen af. In april 1936 adviseerde de Encefalitiscommissie de bewindsman geduld uit te oefenen en de Wet van 11 Februari 1928 wederom met twee jaar te verlengen. Toch liet de meerderheid weten het te zullen toejuichen als de minister tot een directe vaccinatieplicht zou overgaan. Een advies met deze strekking konden de wetenschappers niet uitbrengen, omdat het encefalitisvraagstuk nog steeds niet was opgelost en bovendien was de proef om de vaccinatie los van dwang te bevorderen pas net gestart.¹²⁰

Intussen was de vrijzinnig-democraat Slingenberg tot minister benoemd. Hij was in bijna twintig jaar de eerste niet-confessionele bewindsman belast met het volksgezondheidsbeleid. Slingenberg was niet tevreden met het dubbelzinnige advies van de Encefalitiscommissie. Op 21 september 1936 preciseerde hij de problematiek door vier mogelijke beleidslijnen aan de Gezondheidsraad voor te leggen. Dit waren: het opschorten van de vaccinatiebepalingen, het al dan niet op korte termijn terugkeren naar de indirecte vaccinatieplicht, of het invoeren van de directe vaccinatieplicht. De minister liet doorschemeren de laatste oplossing te prefereren.

Een week later besprak de Encefalitiscommissie de brief van de bewindsman. Jitta stelde in zijn openingswoord dat invoering van de directe vaccinatieplicht al enige jaren door een meerderheid van de commissie werd gewenst. Tot een dergelijk advies was het echter nooit gekomen, omdat 'het de minste kans op verwezenlijking bood. Nu de Minister echter zelf er mede rekening wil houden, is dit de Commissie zeer aangenaam', aldus Jitta.¹²¹ Door de openhartigheid van de minister durfde de Encefalitiscommissie haar eigenlijke mening aan de politiek voor te leggen:

'Verandering van het bestaande stelsel van indirecten vaccinatieplicht in dat van directen vaccinatieplicht, zooals de meeste landen die kennen, vond algemene instemming. De commissie achtte zich in de bestaande omstandigheden volkomen gerechtvaardigd dit denkbeeld te kunnen aanbevelen.'

Van een vaccinatieplicht beneden de twee jaar ging niet alleen een preventieve werking uit tegen pokken, aldus de commissie, maar ook tegen encefalitis; op hogere leeftijd leverde de inenting immers meer gevaren op. De eerste, teleurstellende resultaten van de campagne ter bevordering van de vrijwillige vaccinatie - in 1935 waren slechts een kleine 18.000 personen ingeënt - was voor de commissie een aanvullende reden om tot koerswijziging te besluiten.¹²²

Met het voorstel van de Gezondheidsraad in de hand toog Slingenberg naar de ministerraad van het derde kabinet-Colijn (1935-1937). Hier werd hij door de premier herinnerd aan het regeerakkoord van 1933: aangelegenheden van principiële aard werden door het kabinet niet in behandeling genomen.¹²³ Noodgedwongen stelde Slingenberg voor de vaccinatiebepalingen met nog eens een jaar op te schorten.

In de loop van 1937 moest bij de kabinetsformatie een definitieve oplossing worden gevonden. De minister meende dat het opleggen van dwang de enige uitweg was. Langer wachten was niet verantwoord, omdat bij het uitbreken van een pokkenepidemie de economie en de landsverdediging enorme klappen te verduren zouden krijgen.¹²⁴

Het voorstel van Slingenberg om de vaccinatiebepalingen met één jaar op te schorten werd in de Tweede en Eerste Kamer zonder hoofdelijke stemming aangenomen. In de Tweede Kamer toonde de minister zich tevreden over het feit dat de discussie over het vaccinatievraagstuk in een andere richting was geleid. Hij riep de medisch-wetenschappelijke wereld en de pers op zich in de komende maanden intensief met het vraagstuk bezig te houden. Kersten zag de bui al hangen en ging op de zijn bekende wijze fel in de tegenaanval:

‘Een handvol drijvers wil de koepokinenting opleggen. Onder hun zweeps slag zal ons volk zich moeten krommen. Aan het moordende kwaad der vaccinatie moeten de kinderen onzes volks weder worden prijsgegeven, althans volgens het systeem dezer vaccinedrijvers.’¹²⁵

De aansporing van Slingenberg om nogmaals het vaccinatievraagstuk van alle kanten te belichten, werd enthousiast opgevolgd. De tegenstanders van de directe vaccinatieplicht zetten alles op alles om de minister op andere gedachten te brengen.¹²⁶ Ook de voorstanders lieten zich niet onbetuigd. De algemene vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst nam op 11 april 1937 met 103 tegen 78 stemmen een motie aan waarin de toekomstige regering werd opgeroepen de directe vaccinatieplicht in te voeren voor zeer jonge kinderen. Uit de stemming bleek andermaal dat het vaccinatievraagstuk, dat inmiddels bij de kabinetsformatie werd besproken, tot grote verdeeldheid in medische kring leidde. De arts en jurist Willem Schuurmans Stekhoven (1894-1980) stelde aan kabinetsformateur H. Colijn (1869-1944) voor een staatscommissie te vormen voor advisering over het pokkenvraagstuk.¹²⁷

Dit plan werd door Colijn en de nieuwe minister van Sociale Zaken C.P.M. Romme (1896-1980) met instemming begroet. Uitstel van het nemen van een beslissing over het vaccinatievraagstuk leek mogelijk, nu de campagne ter bevordering van de vrijwillige vaccinatie, zij het voorzichtig, toch vruchten begon af te werpen. In 1936 waren er bijna 3400 vaccinaties meer verricht dan in 1935; deze stijging gold vooral inenting bij kinderen onder de twee jaar. In 1937 werd bovendien de voorlichtingscampagne over het gehele land uitgebreid. Er werd een Centrale Commissie tot Voorlichting geformeerd, met als voorzitter geneeskundig hoofdinspecteur Eijkel. Onder deze commissie waren provinciale commissies werkzaam en in de grote steden de gemeentelijke gezondheidsdiensten. De volgende activiteiten werden in 1937 ondernomen: het uitgeven van persberichten; het houden van lezingen voor de radio; het publiceren van artikelen; het houden van voordrachten op vergaderingen van geneeskundige kringen; het versturen van een circulaire aan de gemeentebesturen; het aanbieden van propagandageschriften op de zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus; en het verspreiden van een vlugschrift in een oplage van 250.000 met als titel: ‘Waarom vaccinatie van kinderen beneden de twee jaar?’ Romme steunde het werk van de commissie door het verlenen van portvrijdom, het gratis verstrekken van de benodigde koepokstof en het geven van een krediet. Het resultaat was dat in 1937 bij kinderen onder de twee jaar 3300 vaccinaties meer werden verricht dan in 1936. Grote ongerustheid wekte echter het feit dat bij kinderen boven de twee jaar het aantal vaccinaties met ruim duizend was toegenomen.¹²⁸

De Staatscommissie inzake de vaccinatie

Minister Romme was het met zijn voorganger eens dat het vaccinatievraagstuk snel tot een oplossing moest worden gebracht. Een door hem ingestelde staatscommissie kreeg tot taak een beslissing voor te bereiden. Romme vertrouwde deze opdracht niet toe aan de Gezondheidsraad, omdat het vraagstuk, naast medisch-hygiënische, ook staatsrechtelijke en staatkundige aspecten kende. Het was volgens de minister van belang dat behalve medische deskundigen ook politici en juristen zich over het probleem zouden buigen. Hij betreurde het dat in medische kring nog altijd verdeeldheid bestond over de oplossing van het vaccinatievraagstuk. Om de staatscommissie voldoende tijd te geven voor het voltooien van haar opdracht besloot Romme de opschorting van de vaccinatiebepalingen met nog eens twee jaar, dus tot 1 januari 1940, te verlengen.¹²⁹

De Staatscommissie inzake de vaccinatie, in januari 1938 geïnstalleerd, bestond oorspronkelijk uit achttien leden. Als voorzitter fungeerde Romme. De helft van de leden was van medische huize. Uit de Encefalitiscommissie hadden Jitta, Van Bouwdijk Bastiaanse, Bijl en Eijkel zitting in het Staatscollege. Prominente leden waren verder oud-minister Aalberse, de latere premier P.S. Gerbrandy (1885-1961) en Kersbergen, op dat moment voorzitter van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.¹³⁰

Het rapport van een medische subcommissie, onder voorzitterschap van Jitta, vormde de basis voor het verdere werk van de staatscommissie. De subcommissie kwam tot de volgende conclusies: pokken kunnen worden voorkomen en bedwongen door middel van de koepokinenting; ofschoon de pokken zich in de twintigste eeuw in West-Europa weinig hadden vertoond, bleef het gevaar bestaan dat de ziekte, vooral in landen waar de bevolking onvoldoende was geïmmuniseerd, weer zou uitbreken; het was dringend nodig de immuniteit van de Nederlandse bevolking op te voeren, zij het met eerbiediging van bezwaren van geneeskundige, godsdienstige en ethische aard; de inenting konden complicaties veroorzaken, voor een deel van onschuldige aard en te vermijden door zorgvuldig handelen en een goede techniek. Dit laatste gold niet voor encefalitis postvaccinalis, maar onderzoek had uitgewezen, aldus de subcommissie, dat deze ziekte zelden bij kinderen beneden de twee jaar voorkwam en bovendien op deze leeftijd als regel niet dodelijk was. Om te voorkomen dat de kinderen bij een epidemie op oudere leeftijd moesten worden ingeënt, was het ten zeerste gewenst dat de inenting voor het tweede levensjaar plaatsvond. Tot slot vond de subcommissie het van groot belang dat leger en burgerbevolking in oorlogstijd een pokkenepidemie bespaard zou blijven.¹³¹

In oktober 1938 besprak de staatscommissie de conclusies van de medische subcommissie. Iedereen onderschreef dat de overheid moest optreden tegen het toenemende pokkengevaar. De medische deskundigen, gesteund door Aalberse, pleitten voor invoering van een vaccinatieplicht voor kinderen tot twee jaar,¹³² maar Romme, die geen stelsel wenste in te voeren dat tot weerstand onder de bevolking kon leiden, gaf directeur-generaal van de Volksgezondheid Van den Berg opdracht naar een andere oplossing uit te zien.

Begin november lanceerde Van den Berg zijn ideeën. Om de immuniteit van de bevolking te verbeteren koos hij voor een stelsel van wettelijk geregelde individuele drang. Protestacties waren tegen dit systeem niet te verwachten, aangezien het recht van de ouders om te bepalen of hun kind al dan niet werd ingeënt, onaangetast bleef. Een stelsel van dwang, met uitzonderingsbepalingen, en een van drang zouden weinig uiteen hoeven te lopen wat betreft het te bereiken aantal inenting.¹³³

In eerste instantie steunden niet alle leden van de staatscommissie de zienswijze van Van den Berg. Zo bleven Jitta, Van Bouwdijk Bastiaanse en Bijl de voorkeur geven aan de directe vaccinatieplicht. Het voorstel van Romme om een juridische subcommissie in te stellen die de plannen van de directeur-generaal moest uitwerken in een wetsontwerp, werd evenwel met algemene stemmen aanvaard.¹³⁴

Deze subcommissie, die onder leiding stond van Aalberse, ontwierp een wetsvoorstel waarin de plannen van Van den Berg werden aangescherpt. Het voorgestelde stelsel van wettelijk geregelde individuele drang kwam erop neer dat de burgemeester de ouders van een vier maanden oud kind schriftelijk moest oproepen het kind in het eerste levensjaar te laten inenten. Als de ouders aan deze oproep geen gevolg wilden geven, zouden zij aan twee administratieve verplichtingen moeten voldoen. Allereerst moesten zij een verklaring aan de burgemeester overleggen waarin de reden van weigering werd weergegeven. Behalve deze verklaringplicht hadden de betrokken ouders ook een verschijningsplicht. De burgemeester moest de persoon die de verklaring had ondertekend, oproepen om voor hem (of een ambtenaar) en een arts te verschijnen ter bespreking van de verklaring. De gezondheidsbezwaarden hoefden, als zij een medische verklaring hadden opgestuurd, aan deze verschijningsplicht niet te voldoen, aldus het wetsontwerp. Als de ouders aan een van deze plichten niet voldeden, zou er een straf worden opgelegd, variërend van een geldboete van maximaal f 100 tot een hechtenis van maximaal zes dagen.¹³⁵

De staatscommissie schaarde zich eensgezind achter dit wetsontwerp.¹³⁶ Jitta had reeds enige maanden eerder verklaard af te zien van zijn voorkeur voor een systeem van dwang, omdat hij vond 'dat wij moeten aanvaarden wat wij krijgen kunnen'.¹³⁷

Op 13 juni 1939 diende Romme een ontwerp voor een Inentingswet bij de Tweede Kamer in, dat overeenkwam met het voorstel van de staatscommissie. De bewindsman lichtte toe dat een vaccinatieplicht

op te veel weerstand zou stuiten onder een deel van de bevolking. In de toekomst, als het encefalitisvraagstuk was opgelost, kon nog altijd op dwang worden overgestapt.¹³⁸

Door de val van het vierde kabinet-Colijn in de zomer van 1939 kon Romme zijn voorstel niet meer in de Tweede Kamer verdedigen, maar zijn opvolger Van den Tempel nam het wetsontwerp over. In het inmiddels verschenen Voorlopig Verslag oefenden leden van de Tweede Kamer kritiek uit op de verschijningsplicht. De minister lichtte in zijn Memorie van Antwoord toe dat deze bepaling niet een toetsing van de motieven van de betrokkenen inhield, maar de gelegenheid bood de bezwaren tegen de inenting toe te lichten. De burgemeester mocht de vaccinatie niet opdringen; zijn taak was ervoor te zorgen dat een arts de ouders objectief informeerde over aard en omvang van het pokkengevaar. De ouders zelf moesten hieruit hun conclusies trekken. Van dwang was geen sprake, aldus Van den Tempel.¹³⁹

Voor de openbare beraadslagingen in de Tweede Kamer begonnen, probeerde het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst nog invloed uit te oefenen op de besluitvorming. In een op 7 oktober 1939 verstuurd adres aan de Kamer liet het hoofdbestuur weten dat het wetsontwerp hem niet ver genoeg ging. Invoering van directe vaccinatieplicht voor kinderen beneden de twee jaar was in het belang van de volksgezondheid, vooral nu door de inval van Duitsland in Polen een oorlog nabij leek.¹⁴⁰ Het parlement liet zich echter niet verleiden tot een nieuwe principiële discussie over het vaccinatievraagstuk. De Inentingswet werd in beide Kamers door een grote meerderheid aangenomen.¹⁴¹ De wet werd vastgesteld op 22 december 1939 (*Stb.* 805) en trad op 1 januari 1940 in werking. De inentingsdwang verdween daarmee voorgoed van tafel.

Het encefalitisvraagstuk was echter nog lang niet opgelost. Integendeel, door een flinke stijging van het aantal vaccinaties nam ook het aantal gevallen van hersenontsteking weer toe. Vergeleken met 1939 steeg het aantal inentingen in 1940 met ruim 20.000 tot 61.800. Tot de ingeënte personen behoorden 13.500 kinderen van boven de twee jaar, van wie minstens twaalf encefalitis opliepen. Er vielen vijf dodelijke slachtoffers, allen ouder dan zeven jaar.¹⁴² Het was duidelijk dat de medische deskundigen nog lang niet waren uitgepraat over het encefalitisvraagstuk. Na de Tweede Wereldoorlog keerde de pokkenvaccinatie dan ook terug op de agenda van de Gezondheidsraad.

4.2.2 Andere besmettelijke ziekten

In het interbellum was ruim dertig procent van de adviezen van de Gezondheidsraad gewijd aan preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten. In totaal passeerden negentien aandoeningen de revue. In deze paragraaf aandacht voor tuberculose, geslachtsziekten en difterie. In vergelijking met de periode 1902-1920 nam het aantal rapporten over de bestrijding van het besmettingsgevaar in het algemeen (quarantaine, ontsmetting van schepen, enzovoort) af. In het interbellum kwam de nadruk meer te liggen op preventieve maatregelen. De achttien adviezen die betrekking hadden op sera en vaccins zijn hiervan een voorbeeld.

Tuberculose

In het vorige hoofdstuk kwam aan de orde dat de regering in het begin van de jaren twintig de leiding van de tuberculosebestrijding, die tot dan toe bij de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose had berust, opdroeg aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Spil van het nieuwe beleid vormden de districtsconsultatiebureaus, die werden beheerd door plaatselijke particuliere verenigingen, maar wel onder ambtelijk toezicht stonden. In de loop van het interbellum nam het aantal consultatiebureaus flink toe.

In deze paragraaf wordt een ander onderwerp aangesneden, namelijk de verplichte keuring van schoolpersoneel op tuberculose. De veelvuldige gevallen van tuberculose op scholen was voor deskundigen reden te pleiten voor invoering van een keuring.¹⁴³ Ook commissies van de Gezondheidsraad drongen hierop aan. In een advies uit 1922 van de vaste Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, dat handelde over de vraag of de overheid wettelijke maatregelen moest afkondigen ter bestrijding van de tuberculose, werd deze kwestie voor de eerste keer aangeroerd. In dit rapport werd voorgesteld niet alleen het personeel van scholen, maar ook dat van gestichten, weeshuizen en gevangenissen onder verscherpt toezicht te plaatsen. Van een wettelijk vastgelegde keuring sprak de commissie nog niet. Omdat het hier

een maatregel betrof in het belang van de volksgezondheid, diende een negatieve uitslag van de keuring gelijk te staan aan ontslag. Daar moest voor de betrokken werknemers wel schadeloosstelling tegenoverstaan, aldus de commissie.¹⁴⁴

Het vraagstuk werd verder in studie genomen door de vaste Commissie inzake kinderverzorging, die in overleg trad met de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en met het Staatstoezicht. Ook deze commissie bracht in 1922 advies uit. Zij constateerde dat verschillende landen onderwijzend personeel aan een (her)keuring op tuberculose onderwierpen. Volgens haar moest ook Nederland maatregelen treffen. De commissie pleitte voor aanvulling van de Lager Onderwijswet uit 1920 (*Stb.* 778), waardoor besmet personeel kon worden ontslagen. In 1925 herhaalde deze commissie haar pleidooi voor een verplichte (her)keuring van onderwijzend personeel, maar tot wettelijke maatregelen kwam het niet.¹⁴⁵

Twee schoolepidemieën in 1933, in het dorpje Ee bij Dokkum en op Terschelling, brachten de ommekeer. Minister Slotemaker de Bruïne diende in 1934 een ontwerp van wet tot bescherming van leerlingen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten van personeel van inrichtingen van onderwijs bij de Tweede Kamer in. De strekking ervan was dat schoolpersoneel bij aanstelling of verandering van betrekking verplicht een keuring moest ondergaan op onder meer tuberculose van de ademhalingsorganen. De herkeuringen werden wegens de hoge kosten niet in de wet opgenomen. De consultatiebureaus moesten de keuringen gaan uitvoeren. Bij vaststelling van besmetting volgde ontslag van de betrokkene. Als deze hietegen bij de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen in beroep ging, moest de Gezondheidsraad over het desbetreffende geval advies uitbrengen. Deze Wet van 7 December 1934 (*Stb.* 642) trad op 1 januari 1935 in werking.¹⁴⁶ Halverwege 1937 waren 59.000 onderwijzers en andere personeelsleden gekeurd, van wie er 237 (0,4 procent) ontslag kregen aangezegd en 1500 voorwaardelijk werden goedgekeurd onder verplichting zich onder toezicht van een arts te stellen.¹⁴⁷ De Gezondheidsraad sprak zich geregeld over beroepszaken uit.

Na de Tweede Wereldoorlog, toen de tuberculosebestrijding werd geïntensiveerd, werd de regeling uitgebreid. De Wet bescherming leerlingen tegen tuberculose van 9 juli 1953 (*Stb.* 349) bepaalde dat het schoolpersoneel zich om de twee jaar moest laten keuren op tuberculose aan de ademhalingsorganen.

Geslachtsziekten

De overheid liet de bestrijding van geslachtsziekten in het begin van deze eeuw over aan het particulier initiatief. De in 1914 opgerichte Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der Geslachtsziekten vervulde een voortrekkersrol. Zij was echter afhankelijk van subsidiëring door de overheid, zodat de regering nog wel degelijk invloed kon uitoefenen op het beleid. Zo verleende minister Aalberse subsidie aan de consultatiebureaus van de vereniging op voorwaarde dat zij geen propaganda zouden maken voor voorbehoedsmiddelen. Het bestuur van de vereniging was het met deze doelstelling overigens volledig eens.¹⁴⁸

In de Eerste Wereldoorlog steeg het aantal gevallen van geslachtsziekten flink. De opeenvolgende bewindslieden legden de Gezondheidsraad vragen voor over de bestrijding van deze aandoeningen. Een belangrijk arbeidsterrein van de vaste Commissie inzake geslachtsziekten was het doen en beoordelen van voorstellen voor de organisatie van de geslachtsziektenbestrijding. Hier volgt een voorbeeld.

In 1921 vroeg de antirevolutionaire minister van Oorlog J.J.C. van Dijk (1871-1954), via tussenkomst van zijn collega van Arbeid, een oordeel van de Gezondheidsraad over het voorstel van de Nederlandsche Vereeniging voor Geslachtziekten, dienstplichtigen te dwingen lezingen met lichtbeelden over geslachtsziekten bij te wonen. De commissie had weinig tijd nodig voor het opstellen van een advies ten gunste van dit idee. De dienstplichtigen moesten worden gewaarschuwd voor de gevaren waaraan zij zich, dikwijls onwetend, in hun nieuwe omgeving konden blootstellen. Het informatief in beeld brengen van geslachtsdelen kon rekenen op de instemming van de commissie. Verplichtstelling van de cursus was nodig om het beoogde doel van de lezingen te bereiken. Gebrek aan belangstelling en onverschilligheid konden de goed bedoelde poging doen mislukken, aldus de commissie. Gemoedsbezwaren tegen de verplichting

waren ongegrond, omdat het hier ging om het toelichten van de nadelen van de buitenechtelijke geslachtsgemeenschap.¹⁴⁹

Van Dijk zag niets in het advies en verbood de lezingen.¹⁵⁰ Hij vertrouwde erop dat de geestelijke verzorgers van het leger de soldaten zouden oproepen een, wat hij noemde, zedelijke levenswandel te volgen en dat dit voldoende effect zou sorteren. Ook de officieren van gezondheid moesten van de minister wijzen op de ernstige gevaren van buitenechtelijke geslachtsgemeenschap.¹⁵¹ De Gezondheidsraad kreeg van hem tevens te horen dat de lezingen gevaar konden opleveren voor hen die nauwelijks of niet bekend waren met het onderwerp; hun gedachten zouden in een verkeerde richting kunnen worden geleid.

De commissie was het hiermee volstrekt oneens. Als er dienstplichtigen bestonden die seksueel nog onwetend waren, was juist het gevaar aanwezig dat zij 'misstappen' zouden maken. De lezingen konden een nuttig tegenwicht bieden tegen 'de zeker weinig gekuischte onderlinge voorlichting', zo schreef de commissie terug aan de bewindsman. Bovendien konden dienstplichtigen die zich van buitenechtelijke geslachtsomgang wensten te onthouden in de lezingen steun vinden voor hun standpunt. De commissie herinnerde de regering eraan 'dat zij jaarlijks een groot aantal jongelieden voor het vervullen van militairen dienstplicht te zamen brengt in centra, waar de ontucht welig tiert en dat zij daardoor eene verantwoordelijkheid op zich neemt, die zij slechts kan dragen, wanneer zij geen middel ongebruikt laat om de nadeelige gevolgen, welke daaruit ongetwijfeld voor het sexuele leven van den soldaat kunnen voortspuiten, te niet te doen of althans te beperken'.¹⁵²

Ondanks pogingen van Aalberse om zijn collega in het kabinet op andere gedachten te brengen, hield Van Dijk voet bij stuk. Hij liet weten de huidige voorlichting voldoende te vinden en dwangmaatregelen principieel af te wijzen.¹⁵³

Difterie

Behalve polio maakten ook andere besmettelijke 'kinderziekten' onderwerp uit van de beraadslagingen van de Gezondheidsraad. Daarvan was difterie de belangrijkste. Difterie was in Nederland in de negentiende eeuw een veel voorkomende doodsoorzaak.¹⁵⁴ Zo overleden in de jaren 1883-1887 bijna 11.000 mensen aan deze keelaandoening. Eén van de wapenfeiten van de bacteriologie was de ontdekking in 1883 van de difteriebacil. Dit resulteerde in 1890 in het door de Duitse arts Emil von Behring (1854-1917) ontwikkelde antitoxische difterieserum. De serumtherapie werd in Nederland vanaf 1894 toegepast. Hoewel het aantal sterfgevallen aan difterie aanzienlijk daalde, bleef de ziekte ook in de eerste decennia van deze eeuw enkele honderden slachtoffers per jaar eisen. De medische wetenschap ging daarom op zoek naar een middel dat actieve immunisatie tegen difterie bood. De eerste stap werd gezet door Von Behring, die in 1913 het T.A.-vaccin ontwikkelde, een mengsel van difterietoxine en -antitoxine. Het Rijks-Serologisch Instituut bereidde sinds het begin van de jaren twintig een verbeterde versie van dit preparaat. In samenwerking met het Staatstoezicht werd in enkele regio's proefgedraaid met inenting tegen difterie.¹⁵⁵

Hoofdinspecteur Terburgh deed in 1929 een beroep op de regering de inentingcampagnes financieel te ondersteunen.¹⁵⁶ Minister Verschuur vroeg het oordeel van de Gezondheidsraad over dit idee. Een meerderheid van de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten steunde de zienswijze van Terburgh dat de overheid zich niet langer afzijdig kon houden. Commissielid Bijl kon zich daarmee niet verenigen. Hij wees op de minder gunstige resultaten die met de inenting in het buitenland waren bereikt. De rest van de commissie tilde daar niet zwaar aan: er zou een ongeschikte entstof zijn gebruikt en een foutieve vaccinatiemethode gevolgd.¹⁵⁷

Verschuur toonde zich niet overtuigd van de onschadelijkheid van inenting tegen difterie; de commissie vertrouwde volgens hem op de uitkomsten van te weinig proefnemingen. Na de eerdere ervaring met het ontstaan van hersenontsteking na inenting tegen pokken wenste de regering het zekere voor het onzekere te nemen. In dit stadium diende de overheid zich te onthouden van steun in woord of daad (subsidie), aldus de bewindsman, maar wel moedigde hij de inspectie aan verder te gaan met het proefsgewijs inenten tegen difterie.¹⁵⁸

In 1930 hield de Raad zich nogmaals bezig met de bestrijding van difterie. Uit nieuw onderzoek was gebleken dat onder gevaccineerden minder gevallen van difterie voorkwamen dan onder de rest van de bevolking, terwijl er geen nadelige gevolgen van de inenting bekend waren. Toch deed de commissie

geen nieuw beroep op de regering om steun te verlenen aan inentingcampagnes, omdat een verandering van standpunt niet te verwachten viel.¹⁵⁹

Sera en vaccins

De betekenis van sera en vaccins voor de geneeskunde nam door de bacteriologische ontdekkingen snel toe. Het in het verkeer brengen van deze preparaten was in Nederland niet aan wettelijke regels gebonden en werd overgelaten aan het particulier initiatief. Vooral het Bacterio-Therapeutisch Instituut, dat onder leiding stond van Spronck, liep op dit terrein voorop.¹⁶⁰ Tijdens de Eerste Wereldoorlog werd het gemis van een rijksinstelling voor de vervaardiging van sera en vaccins merkbaar. Minister Aalberse wist in 1919 Spronck te bewegen zijn Bacterio-Therapeutisch Instituut aan de overheid te verkopen. Daarmee was de oprichting van het Rijks-Serologisch Instituut een feit. In 1934 fuseerde deze instelling met het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid tot het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid.¹⁶¹

Behalve voor de oprichting van het Rijks-Serologisch Instituut maakte Aalberse zich ook sterk voor een wettelijke voorziening waardoor sera en vaccins niet zonder overheidscontrole op de markt konden worden gebracht. Hij schakelde in 1923 de Gezondheidsraad in om mee te denken over de inhoud van een dergelijke regeling. Eén jaar later stelde de vaste Commissie voor algemeen pharmaceutische aangelegenheden een wetsontwerp op voor de bereiding, import, bewaring, aflevering en het vervoer van sera en vaccins. Zij stelde voor deze regeling in het Staatsblad te publiceren als aanvulling op de Wet regelende de uitoefening der artseneijbereidkunst (1865), waardoor alleen apothekers bevoegd zouden worden sera en vaccins te bereiden.¹⁶²

Minister Koolen wees het voorstel van de hand. Hij lanceerde in 1925 de gedachte om sera en vaccins niet als geneesmiddelen te beschouwen en de bereiding ervan ook toe te staan aan apotheekhoudende artsen. De betrokken commissie van de Gezondheidsraad ontving dit plan met weinig sympathie.¹⁶³ Het vervolgens door directeur-generaal Lietaert Peerbolte ontworpen voorstel om de bevoegdheid tot uitoefening van de farmacie met betrekking tot sera en vaccins over te laten aan personen die door de Kroon gemachtigd zouden worden, stuitte op nog grotere weerstand van de commissie. Aanvaarding ervan kon betekenen dat apothekers werden uitgesloten van een deel van hun werkterrein, zo stelde de commissie. Aldershoff, de directeur van het Rijks-Serologisch Instituut, steunde evenwel het plan van de directeur-generaal. Het tegenvoorstel van de commissie wees hij van de hand, omdat niet alle apothekers de deskundigheid zouden bezitten om sera en vaccins te bereiden.¹⁶⁴

Om de impasse te doorbreken kwam minister Slotemaker de Bruïne in oktober 1926 met een nieuw wetsvoorstel. De kern ervan was dat sera en vaccins alleen nog bereid mochten worden door personen die over een door de overheid af te geven vergunning beschikten. De minister sprak geen voorkeur uit voor apothekers, artsen of welke beroepsgroep dan ook; iedereen die aan de eisen van de wet voldeed, en dit waren in ieder geval alle apothekers, kon een vergunning krijgen. Tijdens de schriftelijke behandeling van het wetsontwerp 'tot regeling van de bereiding en het in het verkeer brengen van sera en vaccins bestemd voor gebruik bij den mensch' stelde de minister dat een vaste commissie van de Gezondheidsraad de minister zou adviseren of een vergunning voor de bereiding van sera en vaccins moest worden afgegeven. Daarnaast moest dit gezelschap ingevoerde en in Nederland geproduceerde sera en vaccins onderzoeken en beslissen of deze produkten werden vrijgegeven. Het door enkele Tweede-Kamerleden geopperde idee hiervoor het Rijks-Serologisch Instituut in te schakelen wees de bewindsman van de hand. Volgens hem was een commissie uit de Raad veel beter in staat een objectief en veelzijdig oordeel te geven. Bovendien zou de directeur van genoemd instituut lid worden van de commissie.¹⁶⁵ De Wet Sera en Vaccins werd vastgesteld op 21 april 1927 (*Stb.* 91).

Nadat in een algemene maatregel van bestuur, gebaseerd op een concept dat was opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad, de eisen voor het verkrijgen van een vergunning waren vastgelegd, kon de wet per 1 oktober 1928 van kracht worden.¹⁶⁶ De Gezondheidsraad kreeg een afdeling van het Rijks-Serologisch Instituut tot zijn beschikking om de controles te kunnen uitvoeren, want voor het onderbrengen van een klein laboratorium bij de Gezondheidsraad was geen geld beschikbaar.¹⁶⁷ Als hoofd van de afdeling werd in 1930 de arts Willem Aegidius Timmerman (1893-1985) aangetrokken.¹⁶⁸

Hij combineerde deze functie van Rijkscontroleerend seroloog vanaf 1934 met het directeurschap van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid.¹⁶⁹

4.2.3 Niet-besmettelijke ziekten

Aangezien preventie en bestrijding van niet-besmettelijke ziekten in het interbellum nog geen rol van betekenis speelden in het overheidsbeleid, verscheen dit onderwerp nauwelijks op de agenda van de Gezondheidsraad. 'Krop' vormde een uitzondering.

Krop

Een vraag die in de jaren twintig in het middelpunt van de belangstelling stond, was of er een verband bestond tussen krop en het jodiumgehalte van water.¹⁷⁰ Krop, thans beter bekend als struma, is een vergroting van de schildklier die gepaard gaat met afwijkingen in de stofwisseling. Een gebrekkige en achterblijvende ontwikkeling van geest en lichaam, cretinisme genoemd, kan het gevolg zijn. Reeds in 1916 had de Centrale Gezondheidsraad navraag gedaan naar de verspreiding van krop onder bijna 47.000 gemobiliseerde soldaten. Uit dit onderzoek bleek dat het aantal op grond van krop afgekeurde personen voor de militaire dienst in Utrecht vijftig maal hoger was dan in Amsterdam. In 1924 nam de Gezondheidsraad, op advies van de Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening, de leiding op zich van een onderzoek naar het kropvraagstuk. Er werden twee subcommissies gevormd, een voor het medisch-hygiënische en een voor het chemisch-hydrologische deel van het onderzoek.

De medisch-hygiënische subcommissie probeerde vast te stellen in welke mate de kropziekte in Nederland voorkwam. Om hier enig inzicht in te krijgen vroeg zij de directies van ziekenhuizen om inlichtingen over de frequentie van de ziekte. Voorts verzamelde zij statistische gegevens over zwangeren, zuigelingen, scholieren en militairen. De chemisch-hydrologische subcommissie stelde een methode vast voor bepaling van het jodiumgehalte van water, urine en grond. Vervolgens bevorderde zij onderzoek naar het jodiumgehalte van leiding- en grondwater en landbouw- en veeteeltproducten. De onderzoekingen werden verricht door het Centraal Laboratorium, het Rijksbureau voor Drinkwatervoorziening, het Bodemkundig Instituut, en verschillende gemeentelijke waterleidingbedrijven. Het departement vergoedde de kosten.¹⁷¹

In 1932 presenteerden de commissies een gezamenlijk eindverslag. Hun boodschap luidde dat het optreden van krop in Nederland een stijgende lijn vertoonde, getuige toenemende aantallen ziekenhuisopnamen en afgekeurde dienstplichtigen. Uit het onderzoek was gebleken dat jodiumtekort in het lichaam de belangrijkste oorzaak was voor het ontstaan van krop. In streken met jodiumrijk drinkwater, zoals Noord-Groningen, kwam de ziekte nauwelijks voor; in het riviereengebied en vooral de steden Kampen, Culemborg en Breda, met veel minder jodium in het drinkwater, daarentegen heel vaak. Volgens het verslag had de invoering van leidingwater tot verlaging van de inname van jodium geleid. De commissie pleitte ervoor in kroprijke gebieden tot jodering (verhoging van het jodiumgehalte) van drinkwater of keukenzout over te gaan. Zij gaf precies aan met welke hoeveelheden dit moest gebeuren.¹⁷²

De subcommissies hadden met het uitbrengen van het verslag hun taak volbracht. Spoedig bleek dat er behoefte bestond aan een advieslichaam dat de verschillende initiatieven moest coördineren. Jitta richtte nog in 1932 een Kropcommissie op, met de opdracht de verdere ontwikkelingen te volgen en de vele bij de Raad binnenkomende verzoeken om voorlichting te behandelen. Bij dit laatste ging het om het informeren van gezondheidscommissies, gemeentebesturen en waterleidingbedrijven over de vraag hoe krop het beste kon worden bestreden. De inlichtingen werden gegeven op basis van de uitkomsten van uitgebreid onderzoek naar de plaatselijke omstandigheden. In het algemeen koos de commissie voor jodering van drinkwater, omdat dit een goedkope methode was waarmee, anders dan via keukenzout, de hele bevolking werd bereikt.¹⁷³

In Kampen kwam het tot de oprichting van een Commissie van toezicht op de jodering van het drinkwater. Dit gezelschap, waarin ook een lid van de Gezondheidsraadcommissie zitting had, ging na of jodering van het drinkwater het beoogde resultaat had en of er nadelige gevolgen aan verbonden waren. Na twee jaar jodering bleek krop al op zijn retour. Ook in andere plaatsen werd succes geboekt.¹⁷⁴

4.2.4 Uitoefening van de geneeskunde

Door de toenemende differentiatie en specialisatie van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg liep de monopoliepositie van de artsen gevaar. Vroedvrouwen, heilgymnasten en opticiens gingen handelingen verrichten die vroeger aan artsen waren voorbehouden. In het interbellum werd van verschillende kanten op de regering druk uitgeoefend de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst aan de gegroeide praktijk aan te passen. De regering schakelde op haar beurt de Gezondheidsraad in om de ontwikkelingen te beoordelen. Mede hierdoor nam het aantal adviezen over de uitoefening van de geneeskunde sterk toe; bijna dertig procent van de door de Raad in het interbellum uitgebrachte rapporten had dit thema tot onderwerp.

Deze paragraaf vat de adviezen van de Raad over vroedvrouwen, heilgymnasten en opticiens samen. Andere beroepsgroepen waarover de Gezondheidsraad zich heeft uitgesproken (tandtechnici, kraam- en ziekenverzorgsters, wijkverpleegsters en drogisten) blijven hier buiten beschouwing. De apothekers mogen in deze opsomming niet ontbreken. Een herziening van de Wet regelende de uitoefening van de artsennijbereidkunst had hun bevoegdheden moeten verduidelijken, maar de verschillende ministers slaagden er niet in een wetsontwerp op te stellen dat voor een meerderheid van de Kamer aanvaardbaar was.

Door het ontbreken van afdoende wettelijke bepalingen kon de kwakzalverij haar gang gaan. De Gezondheidsraad verweet de regering een gebrek aan gezag bij de bestrijding van de kwakzalverij.¹⁷⁵ Als voorbeeld van de problematiek passeren in deze paragraaf de zogenoemde hypnotische seances de revue. Tot slot komen ook de mede door de Gezondheidsraad georganiseerde opleidingen voor artsen aan bod.

Verloskunde

Net als zijn voorganger moest ook de Gezondheidsraad zich buigen over de bevoegdheden van vroedvrouwen in relatie tot die van artsen. In het begin van het interbellum was de bevoegdheid van de vroedvrouw beperkt tot het begeleiden van de ongestoorde baring (inclusief het inbrengen van een catheter); bij gecompliceerde bevallingen moest de hulp van een arts worden ingeroepen.

De concurrentie tussen artsen en vroedvrouwen nam in de loop van het interbellum toe, waarbij de groei van beide beroepsgroepen, de afname van het aantal geboorten en de daling van de algemene welstand een rol speelden. De uitbreiding van de opleiding van vroedvrouwen in 1921 van twee naar drie jaar was een poging hun positie te versterken. Dit leverde geen succes op, aangezien artsen steeds meer bevallingen wensten uit te voeren, soms tegen een vergoeding die weinig van die voor vroedvrouwen verschilde.¹⁷⁶ Het bestaansrecht van het beroep van vroedvrouw kwam onder druk te staan. Zij zochten steun bij de overheid.

Het eerste advies van de Gezondheidsraad over de vroedvrouwen betrof een beoordeling van een in 1921 door het bestuur van de Rijkskweekschool voor vroedvrouwen te Rotterdam opgesteld plan om aan het instituut, in het licht van de uitbreiding van de opleiding tot drie jaar, een consultatiebureau voor zuigelingen te verbinden.¹⁷⁷ Een meerderheid van de betrokken commissie juichte het plan toe, omdat de vroedvrouwen door het opnemen van zuigelingenverzorging in het onderwijsprogramma taken van verpleegsters konden overnemen. Een minderheid wees het voorstel om zuigelingenverzorging aan vroedvrouwen toe te vertrouwen van de hand, uit vrees dat de vroedvrouw te veel op de stoel van de arts zou gaan zitten. De verpleegster, als hulp van de arts, zou geschikter zijn om de zuigelingenverzorging uit te voeren. De minister steunde het meerderheidsrapport, maar stelde nog geen geld beschikbaar voor de uitbreidingsplannen.¹⁷⁸

Wel verruimde de regering bij Wet van 8 Juli 1924 (*Stb.* 335), mede op aandrang van de Gezondheidsraad, de bevoegdheid van de vroedvrouwen. Wat bleef was de bepaling dat de vroedvrouw bij gecompliceerde bevallingen de hulp moest inroepen van een arts. Als deze niet op tijd aanwezig kon zijn, mocht de vroedvrouw, op grond van haar nieuwe bevoegdheden, een kunstbewerking uitvoeren voor zover daarbij geen instrumenten hoefden te worden gebruikt. De wetswijziging maakte het vroedvrouwen ook mogelijk enkele geneesmiddelen toe te dienen, bijvoorbeeld voor het stelpen van bloedingen.¹⁷⁹

De vroedvrouwen vonden de wetswijziging niet ver genoeg gaan. In 1930 drongen de Bond van Nederlandsche Vroedvrouwen en de R.K. Vroedvrouwenbond er bij minister Verschuur op aan de artikelen 15 en 16 van de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst te herzien. De twee

belangenorganisaties wensten dat vroedvrouwen de bevoegdheid kregen de zwangerschap vanaf de dertigste week te controleren, onderhuidse injecties en weeënbevorderende middelen toe te dienen, en de zuigelingen zorg voor gezonde babies uit te voeren.

De bewindsman wendde zich opnieuw tot de Gezondheidsraad. De Commissie voor algemeene en sociale hygiëne, waarin Jitta ook enkele hoogleraren in de verloskunde had benoemd, moest zich over de verlangens van de vroedvrouwen uitspreken. Zij kreeg het verzoek een ontwerp voor een wetswijziging op te stellen. Na moeizame onderhandelingen kwamen de leden tot een compromis. De bevoegdheden van de vroedvrouwen zouden tot de volgende terreinen moeten worden uitgebreid: het verlenen van raad en bijstand aan zwangeren in de tweede helft van de zwangerschap; het met uitwendige handgrepen opheffen van liggingsafwijkingen (andere waargenomen complicaties tijdens de zwangerschapsperiode moesten aan een arts worden gemeld); het onder aanwijzing en toezicht van een arts bestrijden van zwangerschapsziekten; het bij bloedingen, weeën- en hartzwakte via de mond of door onderhuidse inspuitingen toedienen van bepaalde medicamenten (alleen als de arts niet op tijd aanwezig kon zijn); en het verzorgen van de gezonde kraamvrouw tijdens haar herstelperiode. De inspecteurs van de volksgezondheid moesten volgens de commissie via een dagboek op de hoogte worden gehouden van alle handelingen die de vroedvrouw verrichtte.¹⁸⁰

Minister Verschuur legde het ontwerp van de commissie voor aan het parlement, dat het zonder veel discussie aanvaardde, waarna de wetswijziging op 11 februari 1932 een feit werd (*Stb.* 49). In 1934 ontwierp de betrokken commissie een handleiding voor de vroedvrouwen waarin hun nieuwe bevoegdheden stonden vermeld. De commissie juichte het toe dat de vroedvrouwen hun bekwaamheden nu ook in de praktijk konden tonen.¹⁸¹ Desondanks verslechterde de positie van de vroedvrouwen in de loop van de jaren dertig. Uit een in 1940 gehouden enquête bleek dat zij de toekomst van hun beroep somber inzagen. Opnieuw pleitten de vroedvrouwen voor verdere uitbreiding van hun bevoegdheden.¹⁸²

Heilgymnasten, masseurs en opticiens

Het heilgymnastisch beroep was sinds de tweede helft van de negentiende eeuw sterk in opmars.¹⁸³ Een van de hoogtepunten in deze ontwikkeling was de oprichting in 1889 van het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland, dat streefde naar een staatsexamen en een wettelijk erkend diploma voor heilgymnastiek. Het Genootschap droeg lange tijd zelf zorg voor de opleiding en het examineren van heilgymnasten. Dit was ook nog het geval in 1930,¹⁸⁴ toen de vereniging minister Verschuur verzocht een Rijksgedelegeerde te benoemen, met als taak het bijwonen van de examens en het ondertekenen van de diploma's. De bewindsman speelde de kwestie door naar de Gezondheidsraad.

De meerderheid van de naar aanleiding van deze adviesaanvraag ingestelde Commissie inzake taak en positie van de heilgymnasten en masseurs, waarin ook twee leden van het Genootschap waren benoemd, wilde het voorstel als overgangsmaatregel aanvaarden. De commissie nam zich voor een definitieve regeling voor de opleiding van heilgymnasten en masseurs te ontwerpen. Twee leden van de commissie, de orthopedisten Jacobus van Assen (1881-1948) en W. Murk Jansen (1867-1935), verdedigden het standpunt dat er geen behoefte bestond aan een zelfstandig corps heilgymnasten en masseurs. Zij vonden dat 'deze kwakzalvers' vaak eigenmachtig behandelingen op zich namen. Van Assen en Murk Jansen trokken zich uit de commissie terug, toen bleek dat de andere leden het als een groot voordeel voor artsen zagen als er goed opgeleide heilgymnasten en masseurs zouden zijn.

De commissie stelde in haar advies uit december 1931 dat heilgymnastiek en massage onderdeel van de geneeskunde uitmaken. Het door heilgymnasten en masseurs buiten een arts om in behandeling nemen van patiënten moest krachtig worden bestreden. Het was in de ogen van de commissie van groot belang wettelijk te regelen dat de behandeling alleen op medische indicatie mocht plaatsvinden en ook de beoordeling van de resultaten van de behandeling moest aan artsen voorbehouden zijn.¹⁸⁵ Niet alleen binnen de commissie, maar ook daarbuiten bestond verschil van mening over de vraag of heilgymnastiek en massage officieel moesten worden erkend. Zo vroeg de Nederlandsche Orthopaedische Vereeniging de minister in 1933 het voorstel van de commissie niet over te nemen.¹⁸⁶

Inmiddels bestonden er ook problemen rond de bevoegdheden van opticiens.¹⁸⁷ De Hoge Raad bepaalde in november 1931 dat het onderzoek van de ogen en het op grond daarvan aanraden van een bril geen geneeskundige handelingen betroffen. Voor drie artsen, onder wie twee hoogleraren in de oogheelkunde, was dit aanleiding bij minister Verschuur aan te dringen op wetwijziging van artikel 1 van de Wet van 1865, met als doel het aanraden of voorschrijven van gebruik van bepaalde brilleglazen tot geneeskundige handeling te verklaren. De brievenverzenders vonden verder dat er een wettelijke regeling moest komen om het recht tot verkoop van brillen te beperken tot officieel erkende opticiens. Minister Verschuur vroeg over deze voorstellen advies aan de Gezondheidsraad. Daarnaast kreeg de Raad een adres voorgelegd van het Genootschap tot bevordering der wetenschappelijke optiek, dat een pleidooi inhield voor het verlenen van een wettelijke grondslag aan de opleiding tot, en het beroep van opticien.¹⁸⁸

In 1934 wist Jitta de Commissie inzake taak en positie van de opticiens, waarin hij zowel oogartsen als leden van het Genootschap had opgenomen, op één lijn te krijgen. De commissie noemde het zonder medische kennis voorschrijven van brillen een gevaar voor de volksgezondheid. Zij stelde voor een staatsexamen voor de titel opticien in te voeren. Alleen wettelijk erkende opticiens mochten brillen verkopen, aldus de commissie. Aan kinderen beneden de zestien jaar en aan mensen met direct waarneembare afwijkingen van de ogen mochten geen brillen worden verkocht zonder raadpleging van een arts. Een verbod tot verkoop zou ook moeten gelden voor negatieve glazen sterker dan zes dioptrieën. Om te voorkomen dat patiënten een noodzakelijke medische behandeling zouden missen, pleitte de commissie verder voor een verbod van advertenties waarin opticiens reclame maakten voor oogonderzoeken. Tot slot beval zij aan de van rijkswege erkende opleiding tot opticien onder te brengen bij de Technische Hogeschool te Delft.¹⁸⁹

In 1937 stelde de minister de Gezondheidsraad voor de problematiek rond de positie van heilgymnasten, masseurs en opticiens op te lossen door aanvulling van artikel 1 van de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst. Volgens het ontwerp van de wetwijziging zou het 'onderzoeken van een orgaan of een deel van het menselijk lichaam, welk orgaan of welk deel in zijne werking te kort schiet of andere gebreken vertoont en het aanbevelen van een middel om aan dat tekort of gebrek tegemoet te komen' tot de uitoefening van de geneeskunde gaan behoren. Heilgymnastiek en massage en het voorschrijven van brillen zouden slechts toelaatbaar zijn als deze handelingen geschieden op aanwijzing van een arts. Uitzondering hierop vormde het met behulp van een letterproef¹⁹⁰ uitzoeken van de gewenste glazen.

Jitta riep voor de bespreking van het wetsontwerp de commissies inzake de heilgymnasten en opticiens in een gezamenlijke vergadering bijeen. De leden bezagen de voorstellen van de minister met gemengde gevoelens. Enerzijds juichten zij de strekking van het ontwerp toe, anderzijds waren zij ontevreden over het feit dat de positie, opleiding en examens van de drie genoemde beroepsgroepen niet werden geregeld. De gecombineerde commissies adviseerden de minister in de wet niet slechts te regelen wat verboden was, maar ook aan te geven binnen welke grenzen de genoemde personen wel hun beroep mochten uitoefenen.¹⁹¹

In het wetsontwerp dat hij in 1937 aan de Tweede Kamer aanbood, voldeed de minister aan de wens van de Raadscommissies. Verder zegde hij toe een wettelijke voorziening te zullen treffen om de positie van de paramedische beroepsbeoefenaren vast te stellen.¹⁹² Het wetsontwerp kreeg zonder veel problemen de instemming van beide Kamers; de gewijzigde wet werd vastgesteld op 4 augustus 1938 (*Stb.* 801).

Hypnotische seances

In 1921 richtte de gezondheidscommissie van Den Haag zich tot de burgemeester van die stad met het verzoek paal en perk te stellen aan het toenemend aantal vertoningen van hypnotiseurs. De gezondheid van de toeschouwers zou gevaar lopen. Toen de burgemeester dit verzoek van de hand wees, schakelde de gezondheidscommissie de Gezondheidsraad in. Binnen de Raad werd een commissie gevormd onder leiding van de neuroloog David Schermers (1863-1931), die een onderzoek instelde naar de mogelijk schadelijke invloed van de hypnotische seances op de volksgezondheid.

Uit het onderzoek van de commissie werd duidelijk dat de hypnotische seances een gebruikelijk verschijnsel waren geworden. De hypnotiseurs traden op onder verschillende benamingen: suggestioneurs, experimentaal-psychologen, meester-telepathen en droomdansers. Zij probeerden de wil van de proefpersoon te beïnvloeden en verder boden zij onschuldig vermaak, zoals gedachtenlezen, om de aandacht van het publiek te trekken. Bekende of minder bekende artsen kregen het verzoek een voorstelling mee te maken. De commissie meende dat de artsen die hierop ingingen de grote toeloop naar de seances bevorderden. Als belangrijkste reden voor het succes van de hypnotiseurs noemde de commissie de 'geestelijke overspanning' van de bevolking, die te wijten zou zijn aan de Eerste Wereldoorlog.

Ondanks het ontbreken van ernstige misstanden ging er volgens de commissie een verderfelijke invloed van de hypnotische seances uit. De lichamelijke en geestelijke gezondheid van hen die zich onder hypnose lieten brengen zou gevaar lopen. De grote belangstelling voor de voorstellingen was bedenkelijk van aard en kweekte een verkeerde mentaliteit, zo stelde de commissie. Zij vond het opmerkelijk dat personen die vaak de voorstellingen bezochten zich graag in een hypnotische slaap lieten brengen. Dit zou een ongunstige ontwikkeling zijn, omdat de commissie dergelijke personen een labiel zenuwgestel toedichtte, bevattelijk voor de invloed van hypnose. De commissie stelde dat mensen met afwijkend gedrag aan de hypnose hoofdpijn, misselijkheid, congestie, katalepsie, slapeloosheid, evenwichtsstoornissen, toevallen, spraakstoornissen en verlammingen konden overhouden:

'Volkomen normale individuen zullen in den regel deze gevolgen niet ondervinden, maar het zijn juist de talloze debielen, imbecilen, hystericae, psychopaten en zulke minderwaardigen van wie misbruik gemaakt wordt en waaronder slachtoffers gemaakt worden.'

De commissie concludeerde in april 1922 dat de overheid niet onverschillig kon blijven tegenover genoemde praktijken. Een algeheel wettelijk verbod van hypnotische seances lag het meest voor de hand. Daarnaast wees de commissie op artikel 188 van de Gemeentewet, dat burgemeesters de mogelijkheid gaf vertoningen te verbieden die in strijd waren met de openbare orde of zedelijkheid. In Enschede was de burgemeester hiertoe reeds overgegaan. De commissie stelde een schrijven op, dat aan alle burgemeesters moest worden verstuurd. Daarin wees zij op de schadelijke gevolgen van de hypnotische seances voor de volksgezondheid en op de mogelijkheid hiertegen gemeentelijke verordeningen op te stellen.

Minister Aalberse antwoordde dat de regering nog niet toe was aan de beslissing om wettelijke maatregelen te nemen. Hij verzocht de Raad een voorstel voor een wettelijke regeling op te stellen.¹⁹³ De betrokken commissie diende dit in het najaar van 1922 in. Het voorstel omvatte maatregelen tegen openbare voorstellingen waarbij mensen met toepassing van suggestie of hypnose aan een behandeling of een proef werden onderworpen. Om herhaling van het delict te voorkomen moest geen boete maar een gevangenisstraf worden opgelegd.¹⁹⁴

De minister van Justitie liet Aalberse weten niets te voelen voor een wettelijke regeling. Artikel 188 van de Gemeentewet was een geschikt middel om de hypnotiseurs te bestrijden. De commissie reageerde teleurgesteld op deze mededeling. Krachtige wettelijke maatregelen waren naar haar mening nodig, ook al omdat er al hypnotische voorstellingen waren gehouden waarbij het doel niet was het vermaken van het publiek, maar het genezen van zieken. Toch kon de commissie ermee instemmen dat een wettelijke regeling voorlopig bleef rusten, in de hoop dat met artikel 188 van de Gemeentewet het doel werd bereikt. Om de kans op succes te vergroten gaf de commissie minister Aalberse in overweging zijn ambtgenoot van Binnenlandse Zaken en Landbouw erop te wijzen dat hij via een circulaire de burgemeesters op de gevaren van hypnotische voorstellingen kon wijzen. Ook de Geneeskundige Inspectie moest langs deze lijn actie ondernemen, zo beval de commissie aan. Haar voorstellen werden door de regering nog in 1923 in de praktijk gebracht.¹⁹⁵

De opleiding tot hygiënist

De voorgenomen instelling van gezondheidsdiensten, vastgelegd in een wetsontwerp uit 1920, deed de vraag rijzen hoe de overheid kon voorzien in de behoefte aan gezondheidsambtenaren. Van Loghem pleitte in 1920 voor een opleiding tot hygiënist, ook wel maatschappelijk geneeskundige genoemd, waarmee hij een 'allround' deskundige op het oog had die geschikt was voor bijvoorbeeld het directeurschap van een

gezondheidsdienst.¹⁹⁶ Het Centraal Laboratorium leek hem de meest geschikte lokatie voor deze vakopleiding, die alleen bedoeld was voor afgestudeerde medici.¹⁹⁷

Nadat de Commissie voor algemeene en sociale hygiëne in 1921 de zienswijze van Van Loghem had onderschreven,¹⁹⁸ stelde Jitta, op eigen initiatief, in 1924 een commissie samen die een programma moest opstellen voor een opleiding 'maatschappelijke gezondheidsleer'. Een jaar later liet deze commissie een concept-opleidingsprogramma het licht zien. Uitdrukkelijk stelde zij dat alleen artsen tot de cursus mochten worden toegelaten. Het uit te reiken diploma moest worden gezien als een getuigschrift dat de cursist zijn studie op het terrein van de gezondheidsleer met succes had afgerond.

Minister Koolen keurde de voorstellen van de commissie goed en beloofde de diploma's officieel te zullen erkennen. Op initiatief van onder anderen Van Loghem en de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Amsterdam, Louis Heijermans (1873-1938), werd het Amsterdamsch Comité tot opleiding van hygiënist gevormd. Dit gezelschap wilde snel aan de slag met een cursus opgezet volgens de ideeën van de commissie van de Gezondheidsraad. De medische faculteiten van de universiteiten van Amsterdam, Utrecht, Leiden en Groningen lagen echter dwars, omdat zij vonden dat het ministerie van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen de cursus moest organiseren.¹⁹⁹ De bewindsman van dit departement wilde dat de Onderwijsraad zich over de opleiding van hygiënist zou buigen. Hij was bereid hiervan af te zien als de Gezondheidsraad en de medische faculteiten tot overeenstemming zouden komen.

In maart 1926 kwamen afgevaardigden van de Commissie voor algemeene en sociale hygiëne en de medische faculteiten tot de conclusie dat de behoefte aan de opleiding urgent was, maar dat de faculteiten zonder wettelijke maatregelen niet in staat waren de cursus volledig voor hun rekening te nemen. Besloten werd het overleg in een gemengde commissie voort te zetten, die als taak kreeg de opleiding van hygiënist te organiseren. Op advies van Jitta kreeg het Amsterdamsch Comité tot opleiding van hygiënist reeds toestemming om, op basis van de voorstellen van de commissie van de Gezondheidsraad en onder auspiciën van de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam, een cursus te starten.²⁰⁰ Onder toezicht van de tot Rijksgedelegeerde benoemde Jitta legden in april 1927 acht cursisten met goed gevolg het eindexamen af. Anna Charlotte Ruys (1898-1977), die in 1948 Van Loghem opvolgde als hoogleraar-directeur van het Laboratorium voor Gezondheidsleer van de Universiteit van Amsterdam, behoorde tot deze eerste Nederlandse gediplomeerde hygiënist.²⁰¹

In december 1927 bereikten de afgevaardigden van de commissie van de Gezondheidsraad en de medische faculteiten overeenstemming over een gewijzigd programma. De leerstof omvatte microbiologie, hygiënische zoölogie, immunologie, algemene hygiëne, bestrijding van besmettelijke ziekten, geneeskundige statistiek, voeding, sanitaire organisatie, geneeskundig-hygiënische wetgeving, preventieve geneeskunde, technische verzorging van het maatschappelijk milieu, en enkele bacteriologische, chemische en fysische onderzoeksmethoden. In januari 1928 werd dit programma aan een tweede groep cursisten aangeboden. Opnieuw alleen in Amsterdam, aangezien het de andere medische faculteiten nog aan mogelijkheden ontbrak de cursus te organiseren.²⁰²

Minister Slotemaker de Bruïne besloot op 10 april 1928 een permanente commissie voor de opleiding van hygiënist in te stellen. Deze commissie, waarin zowel de Gezondheidsraad als de medische faculteiten vier vertegenwoordigers hadden, moest zich op de hoogte houden van de leergangen en de uitkomsten van de examens. Voorts kon de commissie voorstellen indienen om het programma van de cursus te wijzigen.²⁰³ Dit gezelschap kreeg evenwel geen rol van betekenis. Tot grote teleurstelling van de initiatiefnemers bleek de opleiding tot hygiënist binnen enkele jaren bij gebrek aan belangstelling niet levensvatbaar.²⁰⁴

4.2.5 Ethiek en recht

Net als zijn voorganger boog ook de Gezondheidsraad zich over het medisch ambtsgeheim. Aanleiding was een klacht van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dat de overheid pressie uitoefende op artsen om medische gegevens te verstrekken.²⁰⁵ Verder speelde de vraag of ook controlerend geneesheren aan de beroepscode gebonden waren.²⁰⁶ Behalve het medisch ambtsgeheim verschenen in het interbellum nog twee vraagstukken van overwegend ethisch/juridische aard op de agenda van de Raad, namelijk het 'geneeskundig onderzoek voor het huwelijk' en het 'nieuw-malthusianisme',

onderwerpen waaraan op de volgende bladzijden aandacht zal worden besteed. Ook andere onderwerpen hadden ethische kanten. Te denken valt aan de al eerder besproken pokkenvaccinatie.

Het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk

Een van de eerste adviezen van de Gezondheidsraad handelde over een door het Comité ter Bevordering van Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk bij de overheid ingediend verzoek voor een rijkssubsidie van f 1000 per jaar. Het Comité wilde echtgenoten-in-spe op ernstige erfelijke afwijkingen en geslachtsziekten controleren. Bij een ongunstige uitkomst zou de betrokkenen worden aangeraden van het voorgenomen huwelijk af te zien. De Commissie voor algemeene en sociale hygiëne waardeerde het streven van het Comité, maar toch adviseerde zij de bewindsman geen subsidie te verlenen. Opmerkelijk is dat de commissie in haar argumentatie met geen woord repte over erfelijkheid, maar zich concentreerde op geslachtsziekten en op gedrag:

‘Adressante streeft vrijwel in de eerste plaats naar wettelijke maatregelen; de Commissie uit den Gezondheidsraad kent daaraan slechts ondergeschikte beteekenis toe. Naar de Commissie meent, moet het strijdperk niet zijn de vergaderzaal der Volksvertegenwoordiging, maar daar waar het volk bereikt kan worden. Adressante wenscht geboden en verboden der Overheid. De Commissie meent dat opheffing der bevolking tot redelijk hooger peil nagestreefd moet worden, als middel om op het in bespreking zijnde terrein des levens betere toestanden te bereiken. Volgens haar zijn de beste middelen om dit te bereiken: opvoeding der rijpere jeugd; bestrijding van drankmisbruik; bestrijding der ontucht in hare verschillende, meer of minder bedekte vormen; bestrijding van beelden en geschriften, die onzedelijke voorstellingen wekken en dergelijke.’

Minister Aalberse stemde met de zienswijze van de commissie in en gaf geen subsidie aan het inmiddels in ‘Vereeniging’ omgedoopt Comité.²⁰⁷

De bewindsman moest zich tijdens zijn ambtsperiode nogmaals bezighouden met het voorhuwelijks geneeskundig onderzoek. Dat was in 1924, toen de vrijzinnig-democrate mevrouw B. Bakker-Nort (1874-1946) tijdens de behandeling van de begroting van volksgezondheid stelde dat de overheid het vrijwillig geneeskundig onderzoek voor het huwelijk moest bevorderen. Zij wees onder meer op Duitsland, waar huwelijkskandidaten bij de aangifte voor ondertrouw een folder kregen uitgereikt waarin een medisch onderzoek werd aanbevolen. Op initiatief van bovengenoemde vereniging gebeurde dat ook in enkele tientallen gemeenten in Nederland. Daarom blies Bakker-Nort de gedachte van subsidie aan de vereniging nieuw leven in. Zij toonde zich overigens tegenstander van verplicht geneeskundig onderzoek voor het huwelijk, zoals gepraktiseerd in Zweden en een deel van de Verenigde Staten, waar het lijders aan geslachtsziekten, epilepsie en krankzinnigheid verboden was te trouwen. Aalberse reageerde kribbig op het voorstel van het Kamerlid:

‘Er is geen subsidie voor nodig. Alle couranten zijn bereid om, wanneer men daarvoor periodiek wil schrijven en men dat op een aangename manier doet, die artikelen zonder eenige kosten op te nemen. Wij moeten eens leeren al dergelijke nuttige zaken in het maatschappelijk leven te doen zonder subsidie van den Staat. Dit is nu toch een zaak, waarvoor men heel veel doen kan zonder een cent nodig te hebben. Degenen, die daarover artikelen schrijven, behoeven daarvoor niet betaald te worden. Zouden zij het niet willen doen zonder er voor betaald te worden, dan zou ik ze niet willen hebben, want dan gevoelen zij er niets voor. Wij hebben toch ook werk gedaan voor allerlei sociale belangen, terwijl wij het nooit in onze hersenen hebben gehaald daarvoor een cent te vragen, terwijl tegenwoordig iedereen de vraag stelt: word ik er voor betaald of niet?’

Het voorhuwelijks onderzoek zelf vond Aalberse dus wel nuttig, althans als het plaatsvond vóór de verloving. Het uitreiken van geschriften tijdens de ondertrouw zette volgens hem geen zoden meer aan de dijk.²⁰⁸

Op 3 maart 1924 ging de Vereeniging ter Bevordering van het Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk een samenwerking aan met drie organisaties: de Vereeniging het Nederlandsche Volk, de Nederlandsche Genetische Vereniging en het Nederlandsch Nationaal Bureau voor Anthropologie, dit alles onder de koepel van het Centraal Comité van Samenwerkende Organisaties voor Erfelijkheidsonderzoek bij de Mens. In 1927 trad ook het Comité ter Wetenschappelijke Bestudering van het Bevolkingsvraagstuk tot

het verband toe. Al deze gezelschappen hadden financiële zorgen. In 1930 werd het Centraal Comité omgedoopt tot Nederlandsche Eugenetische Federatie.²⁰⁹

Het belangrijkste propagandamateriaal van de Vereeniging ter Bevordering van het Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk was een vlugschrift dat aandrong op een medisch onderzoek. Door de medewerking van 65 gemeentebesturen ontvingen in 1928 12.000 paren dit 'Ernstig woord aan de toekomstige Echtgenooten', maar deze campagne leverde weinig resultaat op. Zo daalde het aantal aanmeldingen voor een onderzoek bij het consultatiebureau van de vereniging in Amsterdam van 112 in 1925 tot 30 in 1930.²¹⁰ In september 1928 deed de vereniging opnieuw een beroep op de regering steun te verlenen aan haar werk, maar nu niet in de vorm van een subsidie. De vereniging wilde dat de minister in een brief aan alle gemeentebesturen ervoor zou pleiten dat de ambtenaren van de Burgerlijke Stand bij de huwelijksaangifte het bewuste getuigenschrift zouden uitreiken. In de tweede plaats moest de regering bevorderen dat de Gezondheidsraad folders opstelde om de ideeën van de vereniging uit te dragen.

Deze verzoeken legde minister Slotemaker de Bruïne voor aan de Gezondheidsraad, waar de Commissie voor algemeene en sociale hygiëne zich over het vraagstuk ontfermde. Daarin waren voor deze gelegenheid ook benoemd het hoofdbestuur lid van de vereniging en lector in de cytologie Marie Anna van Herwerden (1874-1934) en het hoofd van het consultatiebureau voor geneeskundig onderzoek voor het huwelijk te Amsterdam Bernard Premela (1889-1940/1945). De commissie kwam tot de slotsom dat geneeskundig onderzoek voor het huwelijk gewenst was. Het streven van de vereniging deze gedachte ingang te doen vinden, werd toegejuicht. De stelling dat het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk behalve een hygiënische ook een morele kant had, was echter voor een meerderheid van de commissie reden zich te keren tegen de gedachte van een ministeriële brief:

'Het feit, dat de morele factor in deze zoo veel gewicht in de schaal moet leggen, brengt mede, dat de Overheidsbemoeienis met de propaganda voor geneeskundig onderzoek vóór het huwelijk geen aanbeveling kan verdienen. Want voor moraliseeren is de Overheid al zeer weinig geschikt. In het algemeen reeds zal zij dan ook wel doen met zich te onthouden van inmenging in een werk dat voor een zóó belangrijk deel op moreel gebied ligt.'

Behalve een principieel had de meerderheid van de commissie ook een inhoudelijk bezwaar. Dat de folder pas werd uitgereikt bij de huwelijksaangifte werd hoogst ondoelmatig genoemd, want in deze fase van huwelijksvoorbereiding zouden veel mensen hun plannen niet meer willen wijzigen.

De suggestie om van de Gezondheidsraad aandacht te vragen voor het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk vond wel genade in de ogen van de commissie. Als de publikaties zich konden beperken tot de hygiënische zijde van het vraagstuk en toelichting van de morele aspecten een taak van de vereniging bleef, was het voor de minister de moeite waard het verzoek te overwegen. Aanvankelijk wenste Jitta ook de morele aspecten te belichten in de publikaties van de Raad, maar directeur-generaal Lietaert Peerbolte wees hem erop dat dit de wettelijke taak van de Raad te boven zou gaan.

Het lag voor de hand dat Van Herwerden, wel de pionierster van de eugenetische beweging in Nederland genoemd, een minderheidsnota zou indienen. Jitta had haar in de commissie benoemd om het werk van de vereniging toe te lichten. Zij betreurde niet alleen het feit dat de meerderheid van de commissie de ministeriële aanschrijving aan de gemeentebesturen van de hand wees, maar ook dat het de regering principieel werd ontraden te wijzen op het nut van geneeskundig onderzoek voor het huwelijk. Zij meende dat de Gezondheidsraad 'voor een deel uit geneeskundigen samengesteld, zich bewust moet zijn, hoezeer de lichamelijke en geestelijke verwording eener maatschappij van het verkeerde huwelijk afhankelijk is'. Volgens haar was het een regeringszaak 'zich te bemoeien met de lichamelijke en geestelijke gezondheid der toekomstige Gemeenschap, in dien zin, dat de Regeering bevordere het particulier initiatief in dezen; bevordere het doordringen van deze begrippen in de openbare meening (onderwijs en opvoeding) en een open oog houde voor de resultaten in andere landen (met name in Scandinavië) verkregen met verplichte uitwisseling van geneeskundige certificaten vóór het huwelijk'.²¹¹

De minister schaarde zich echter achter het standpunt van de meerderheid van de commissie. Zonder overheidssteun ging het pad van de Vereeniging ter Bevordering van het Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk ook in de jaren dertig niet over rozen.²¹²

In 1924 vroeg minister Aalberse de Gezondheidsraad een verzoek te behandelen van het bestuur van de Nieuw-Malthusiaansche Bond om erkend te worden als rechtspersoon.²¹³ Deze vereniging streefde naar een bewuste regeling van het kindertal en door informatie over anticonceptiemiddelen te verspreiden trachtte zij ongewenste zwangerschappen te voorkomen. De Bond maakte alleen voor wettelijk geoorloofde middelen propaganda; abortus provocatus wees men van de hand. De Nieuw-Malthusiaansche Bond stamde uit 1881 en hij was in 1895 voor een periode van vijftien jaar erkend als rechtspersoon.²¹⁴ Deze termijn verstreek zonder dat een verzoek tot verlenging was ingediend.²¹⁵

Jitta legde het vraagstuk voor aan de Commissie voor algemene en sociale hygiëne. Zij verbaasde zich dat de Gezondheidsraad zich hierover moest uitspreken. Godsdienstige en ethische overwegingen wogen volgens haar zwaarder dan de hygiënische argumentatie. Omdat de taak van de Raad beperkt was tot het terrein van de hygiëne, weigerde de commissie een alomvattend advies uit te brengen over het verzoek van de Bond:

‘Overtuigd als zij echter is, dat hygiënische argumenten in deze zaak slechts zeer ondergeschikte betekenis hebben en dat het eind-oordeel over het ingediende verzoek, ook naar het gevoelen van de Regeering, op andere gronden zal moeten vallen, meent zij te mogen volstaan met eene korte vermelding van het voornaamste, dat bij hare beraadslaging is te berde gebracht.’

Het advies mocht dan kort zijn, het onthulde wel verdeeldheid binnen de commissie. Sommige leden wezen de propaganda voor anticonceptiemiddelen af, wegens het veronderstelde gevaar van uitbreiding van ontucht en daarmee van verspreiding van geslachtsziekten. Anderen vonden het werk van de Bond wel vruchtbaar; zij wezen erop dat met anticonceptie abortus provocatus werd voorkomen. Uiteindelijk kon de hele commissie de conclusie onderschrijven ‘dat noch voorstanders noch tegenstanders van het Nieuw-Malthusianisme hun meening met een beroep op gronden aan de zuiver praktische hygiëne ontleend kunnen verdedigen’.²¹⁶

De bewindslieden konden met dit advies moeilijk uit te voeten. Uiteindelijk hakte de antirevolutionaire minister van Justitie J. Donner (1891-1981) in 1927 de knoop door. Hij gaf toe dat de statuten van de Bond niet in strijd waren met de wet, maar de christelijke ethiek stond propaganda voor anticonceptie volgens hem niet toe. Verder verwachtte hij dat het werk van de Bond het aantal abortussen zou doen toenemen en zo zou leiden tot zedelijk verval van de samenleving. De christelijke regeringspartijen steunden het besluit van de minister om de Bond niet te erkennen. Een voorstel van de sociaal-democraten en de liberalen om de Bond wel te steunen werd verworpen.²¹⁷

4.2.6 Levens- en genotmiddelen

In het interbellum was ruim elf procent van de rapporten van de Gezondheidsraad gewijd aan vraagstukken op het terrein van de levens- en genotmiddelen. In deze paragraaf komen enkele adviezen aan de orde van de vaste Commissie voor zaken betreffende voedings- en genotmiddelen, die zich met grote regelmaat uitsprak over de samenstelling van het voedselpakket. Verder passeert een advies over roken de revue.

Samenstelling van het voedselpakket

Door de economische crisis van de jaren dertig nam de armoede in Nederland snel toe. De regering zag zich genoodzaakt maatregelen te nemen om ondervoeding te voorkomen. Zij liet zich daarbij voorlichten door de Commissie voor zaken betreffende voedings- en genotmiddelen van de Gezondheidsraad. In de adviezen van deze commissie stond de positie van de armlastigen in de maatschappij centraal. Dit bleek bijvoorbeeld in 1934, toen zij een melkprodukt onderzocht, Olvidmelk genaamd, waaraan extra vitaminen waren toegevoegd. Het produkt kreeg het groene licht, mede vanwege zijn preventieve werking tegen rachitis. De commissie vond het belangrijk dat veel mensen het nieuwe middel konden aanschaffen. De prijs moest daarom laag worden gehouden.²¹⁸

In 1935 constateerde de commissie dat mensen die zwaar door de crisis waren getroffen steeds minder vlees, melk, boter en eieren consumeerden. Door eenzijdige voeding met brood namen zij te weinig dierlijke eiwitten en vitaminen in het lichaam op. In het belang van de gezinnen van werklozen

moest met spoed melkeiwit aan het brood worden toegevoegd, aldus de commissie.²¹⁹ Tot haar teleurstelling moest dit in de vorm van magere melkpoeder gebeuren; toevoeging van volle melk zou het brood namelijk 1 à 1½ cent duurder maken, waardoor de aanschaf van brood voor een deel van de bevolking problemen kon gaan opleveren.²²⁰

Het voorstel van de minister van Landbouw en Visscherij om ongeveer vijf procent van het tarwemeel van brood te vervangen door aardappelmeel wees de commissie af. Het dreigende gevaar van ondervoeding maakte de voedingswaarde van het brood, dat voor een deel van de bevolking het hoofdvoedsel vormde, extra belangrijk. Door de introductie van aardappelmeel zou het eiwitgehalte van brood flink afnemen. Dit was ontoelaatbaar, zo stelde de commissie in een advies uit 1936.²²¹

Tips van de Gezondheidsraad over de samenstelling van het voedselpakket verschenen in de loop van de jaren dertig in kranten. In 1934 stelde Tweede-Kamerlid De Vries-Bruins voor de aanbevelingen van de Raad ook via de radio het land in te sturen. Minister Slotemaker de Bruïne wees dit af. Hij vond het verzorgen van radioboodschappen geen overheidstaak en liet het aan de omroepverenigingen over al dan niet actie te ondernemen.²²² In hetzelfde debat laakte de trotskist H. Sneevliet (1883-1942) de hygiënische voorlichting door de Gezondheidsraad. Hij doelde daarbij vooral op de voedingsadviezen in de crisisjaren:

‘En zoolang degenen, die met dergelijke adviezen komen, staan aan den kant, waar nog altijd, in overdrachtelijken zin, wijn gedronken wordt, moeten zij dat preeken van water aan de arbeidersklasse nalaten. Het is een miskenning van de arbeidersvrouwen en van de vrouwen der werklozen, (...) dat men die goedkope waarheden naar voren brengt, die ik in verschillende bladen heb aangetroffen. (...) Ik hoop, dat men, voor zoover men zich op het terrein van de hygiënische voorlichting wil gaan bezighouden, ook een klein beetje denkt aan de waarheid, dat een werkloze nog altijd een mensch is.’²²³

Ondervoeding in Nederland?

In de jaren dertig vonden er in Nederland landelijke en vooral gemeentelijke onderzoeken plaats naar de relatie tussen de economische crisis en de voedingstoestand van de bevolking.²²⁴ In 1933 startte de Gezondheidsraad onder auspiciën van het Office International d'Hygiène Publique zo'n onderzoek.²²⁵ Een jaar later berichtte de bewuste commissie dat haar van ondervoeding niets was gebleken in ziekte- en sterftestatistieken en in een enquête onder artsen.²²⁶ In 1937 deelde Jitta de Volkenbond mee dat de algemene voedingstoestand in Nederland door de beugel kon, maar wel hadden gemeentelijke onderzoeken aangetoond dat in sommige kringen van armlastigen en werklozen de grens van ondervoeding bijna was bereikt.²²⁷

De in 1936 opgerichte Commissie tot onderzoek van den gezondheids- en voedingstoestand der werklozen kwam tot dezelfde conclusies. Deze staatscommissie, die onder leiding stond van hoofdinspecteur Eijkel, kwam in december 1939 met haar rapport naar buiten. Zij stelde dat in één op de vier gezinnen van werklozen de voeding krap of matig was. Op de voedingsuitgaven werd noodgedwongen fors bezuinigd. Toch concludeerde de staatscommissie dat de gezondheidstoestand in de gezinnen van werklozen niet onrustbarend was te noemen. De werklozen konden, mede dank zij de hun ter beschikking gestelde levensmiddelen, een voedingspakket samenstellen dat aan redelijke eisen voldeed.²²⁸

In zijn boek *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid* noemt Querido de ‘geruststellende mededelingen’ van de Gezondheidsraad over het mogelijk bestaan van ondervoeding in Nederland ‘voorbarig’ en ‘onjuist’. Volgens hem kon uit de vele onderzoeksgegevens van de staatscommissie maar één conclusie worden getrokken: de voedingstoestand van de werklozen vormde een ernstige bedreiging voor hun gezondheid. Zijn kritiek op de Gezondheidsraad slaat de plank echter volledig mis, omdat dit college nog niet over bedoelde gegevens beschikte.²²⁹

In 1921 werd opnieuw een beroep gedaan op de regering een wet tegen het roken door kinderen te maken. Ditmaal waren het de hoofdbesturen van de Tucht-Unie, de Bond tot Behartiging van de Belangen van het Kind en de Bond van Nederlandsche Onderwijzers, die in een gezamenlijk adres hun grieven kenbaar maakten. Minister Aalberse vroeg de Gezondheidsraad om een beoordeling van het adres. De betrokken commissie sloot zich aan bij het advies van de Centrale Gezondheidsraad uit 1913: wettelijke maatregelen tegen roken door kinderen hadden geen zin, omdat ze weinig effect zouden sorteren. De commissie beriep zich op de uitkomsten van een door haar ingestelde enquête onder de gezondheidscommissies waaruit bleek dat de bestaande gemeentelijke verordeningen niet voldoende werden nageleefd. Bepalingen die het de kinderen onmogelijk moesten maken op de openbare weg te roken en tabak te kopen, werden vaak ontdoken. Bovendien was de preventieve werking van de maatregelen nihil. De commissie stelde dat het bovenal een taak van de ouders was hun kinderen van het roken af te houden. Evenals bij de bestrijding van het alcoholgebruik door kinderen kon met particuliere propaganda meer worden bereikt dan met wettelijke verboden. De minister moest de adressanten oproepen in deze richting de nodige stappen te ondernemen.²³⁰

Aalberse steunde het advies van de commissie, dat in 1922 werd uitgebracht. Alleen het ouderlijk gezag kon effectief zijn, want, aldus de bewindsman, 'is dat gezag verslapt of vrijwel verdwenen, dan ligt het buiten het bereik van de Overheid, dit hoogst bedenkelijk ethisch defect te vergoeden'.²³¹ Kort daarna staakten genoemde organisaties hun strijd tegen het roken door kinderen, gevoerd in een tijd dat longkanker een vrijwel onbekende ziekte was.²³² Wel werd in het interbellum vanuit de Kamer geregeld aangedrongen op maatregelen tegen het roken door kinderen. De bewindslieden bleven het als een taak van de ouders zien hiertegen op te treden. Ter ondersteuning van zijn standpunt beriep Romme zich in 1938 nog altijd op het advies van de Gezondheidsraad uit 1922.²³³

4.2.7 Leefomstandigheden

De Gezondheidsraad boog zich bij herhaling over de vraag hoe de leefomstandigheden van de bevolking konden worden verbeterd. Huisvesting en drinkwatervoorziening stonden in deze reeks van adviezen centraal.

Volkshuisvesting

Na opheffing van de Centrale Gezondheidsraad fungeerde de Rijkswoningraad als adviesorgaan op het terrein van de volkshuisvesting. Toen deze instantie in 1922 van het toneel verdween, nam de vaste Commissie voor de volkshuisvesting uit de Gezondheidsraad de adviestaak over.²³⁴ Zij sprak zich onder meer uit over de opheffing van de Huurwetten, voorstellen tot wijziging van de Woningwet, verzoeken tot verkoop aan particulieren van met overheidssteun gebouwde woningen, en het plaatsen van horren voor slaapkamerramen voor het weren van malariamuggen.

Ook bracht de commissie advies uit over het besluit van Gedeputeerde Staten van Gelderland uit 1924 om een bouwverordening van de gemeente Nijkerk zo te wijzigen, dat verboden werd in woningen bedsteden aan te brengen. De commissie was het ermee eens dat bedsteden uit hygiënisch oogpunt bedenkelijke slaapplekken waren, en dat men moest breken met de gewoonte om woningen daarmee uit te rusten. Een meerderheid van de commissie zag hierin reden het ingrijpen van Gedeputeerde Staten van Gelderland goed te keuren. Een minderheid vond een stellig verbod niet op zijn plaats: bedsteden zouden onder invloed van moderne opvattingen over de inrichting van woningen vanzelf verdwijnen. De minister steunde de meerderheid en vroeg de Kroon het besluit van Gedeputeerde Staten goed te keuren.²³⁵

Drinkwater

Ook in het interbellum stond de drinkwatervoorziening van schippers op het programma van de Gezondheidsraad. De betrokken commissie constateerde in 1932 dat slecht werd voorzien in de behoefte

van schippers aan drinkwater, want op te weinig plaatsen werd drinkwater van goede kwaliteit aangeboden en bovendien kregen de schippers te maken met extra heffingen, zoals havenbelasting, bij het innemen van water. Volgens de commissie kon alleen een wettelijke voorziening uitsluitend bieden. Vierhonderd plaatsen moesten voor de levering van drinkwater worden aangeboden. De verantwoordelijkheid voor de (hygiënische) verstrekking van water berustte bij de overheid en de waterleidingbedrijven, zo schreef de commissie. Schippers die over een zogenoemd Rijkswatermerk beschikten moesten zonder extra kosten drinkwater kunnen aanschaffen. Zij konden, zo dacht de commissie, het Rijkswatermerk verkrijgen door het jaarlijks betalen van watergeld. Tot slot moesten de schepen geschikte bergruimten voor het bewaren van drinkwater hebben.²³⁶

Minister Slotemaker de Bruïne was overtuigd van het belang van een goede drinkwatervoorziening voor schippers. Hij liet echter weten dat de kosten van uitvoering van het plan van de commissie geheel door de schippers moesten worden betaald.²³⁷ De commissie schatte desgevraagd de kosten voor de schippers op f 10 à f 15 per jaar.²³⁸ De verschillende schippersbonden, ook overtuigd van een goede wettelijke voorziening, gingen niet akkoord met deze kostenstijging voor de in nood verkerende schippers.²³⁹ Op verzoek van de bewindsman trad de commissie in 1938 in overleg met de schippersbonden over een goedkopere voorziening. Tot enig resultaat leidden deze besprekingen niet. Wel stelden beide partijen met voldoening vast dat verschillende gemeenten verbeteringen hadden aangebracht in de levering van drinkwater aan schippers.²⁴⁰

Behalve de drinkwatervoorziening vroeg ook de kwaliteit van het drinkwater de nodige aandacht van de Gezondheidsraad. In 1938 installeerde Jitta op verzoek van de Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening een medisch-toxicologisch georiënteerde commissie, die moest bestuderen wat de toelaatbare hoeveelheid lood in drinkwater was. Onderzoek moest uitwijzen of de grens van 0,3 milligram lood per liter water juist was. Het onderzoek vlotte aanvankelijk niet, omdat er te weinig gevallen van loodvergiftiging ontdekt werden.²⁴¹ Hierin kwam in 1939 verandering, toen men verscheidene gevallen constateerde in de gemeente Helden-Panningen. Timmerman, de directeur van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, en de internist Cornelis Douwe de Langen (1887-1967) grepen deze gelegenheid aan voor het uitvoeren van een uitgebreid onderzoek. Assistenten van De Langen kregen verschillende loodgehaltes toegediend.²⁴² In 1940 berichtte De Langen de commissie dat 0,3 milligram lood per liter water het uiterste gehalte was dat kon worden toegelaten; bij de aanleg van waterleidingen diende men hiermee rekening te houden.²⁴³

4.2.8 De gezondheid van bodem, water en lucht

De vaste Commissie voor zaken betreffende de hygiëne van water, bodem en lucht publiceerde in het interbellum tien adviezen. Het betrof hier vooral een beoordeling van plannen voor de oprichting van bewaarplaatsen voor lompen en van zuiverings- en vuilverbrandingsinstallaties. Voorts onderzocht de commissie uitvoerig de omvang en oorzaken van de verontreiniging van de (Utrechtse) Vecht. In een advies uit 1921 luidde de commissie de noodklok. Het voortdurend lozen van rioolstoffen door aan de Vecht gelegen gemeenten (vooral Utrecht was een grote boosdoener) en industrieën had de rivier ernstig vervuild en in een groot deel waren vissen geheel verdwenen. Een wet tegen de verontreiniging van openbare wateren moest het tij doen keren, want alleen langs deze weg konden de gemeenten worden verplicht hun afvalwater te zuiveren, aldus de commissie. Verder drong zij aan op oprichting van een intercommunale organisatie voor gemeenten langs de Vecht, die het drijvend vuil uit de rivier moest gaan verwijderen.²⁴⁴

Minister Aalberse trad niet kordaat op tegen de verontreiniging van de Vecht. Zijn enige daad op dit terrein dateert uit 1925, toen hij bij de gemeentebesturen aandrang op geregelde verwijdering van vuil uit de rivier. Toen de gemeentebesturen geen belangstelling toonden om toe te treden tot een intercommunale dienst, zette Aalberse ook dit plan niet door.²⁴⁵

4.2.9 Risico's van menselijke activiteiten

De gezondheidsrisico's van menselijke activiteiten speelden in het interbellum nog geen rol van betekenis in de adviezen van de Gezondheidsraad. Uitzondering vormde het gevaar verbonden aan de toepassing van stralingsbronnen.

Straling

De Duitse fysicus Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) ontdekte in 1895 de naar hem genoemde X-stralen. Spoedig namen de diagnostiek en in mindere mate de therapie met röntgenstralen een geweldige vlucht.²⁴⁶ Later bleek dat aan het gebruik van ioniserende stralen ook nadelen voor de volksgezondheid waren verbonden. Met deze boodschap richtte de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Den Haag, Gerrit Willem Boland (1874-1938), zich in 1924 tot de Gezondheidsraad. Volgens hem liep de gezondheid van personen die in de buurt woonden van inrichtingen waar radium- en röntgenstralen werden toegepast gevaar.²⁴⁷ Jitta formeerde een commissie, de eerste in een lange, onafgebroken reeks van Gezondheidsraadcommissies op het terrein van de stralingshygiëne, die het beleid op dit gebied in Nederland sterk bepaalden.

Twee jaar later concludeerde de commissie dat toepassing van röntgenstralen in de geneeskunde, zowel bij diagnostiek als therapie, niet meer weg te denken viel. Regels waren nodig om het gebruik van röntgen- en daarmee gelijk te stellen stralen in goede banen te leiden. Bij ondeskundige toepassing bestond er gevaar voor de gezondheid van personeel en ook omwonenden van stralingsinrichtingen. Zij stelde voor het gebruik van röntgenstralen alleen toe te staan in inrichtingen die over een door de overheid verstrekte vergunning beschikten; personeel voor te lichten over de gevaren en de te nemen beschermingsmaatregelen; het bestralen van mensen uitsluitend aan artsen over te laten; en het gebruik van röntgenstralen voor niet-medische doeleinden slechts toe te staan als een wetenschappelijk of praktisch-technisch nut aannemelijk kon worden gemaakt.²⁴⁸

De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde maakte tegen het advies bezwaar. Toepassing van röntgenstralen was volgens deze beroepsvereniging deel geworden van de tandheelkundige praktijk. De commissie gaf toe dit over het hoofd te hebben gezien, en adviseerde de minister alsnog ook tandartsen de bevoegdheid te verlenen om bij het onderzoek van tanden en kaken röntgenstralen te gebruiken.²⁴⁹

Slotemaker de Bruïne zag het belang van een wettelijke regeling in en legde in 1928 een wetsontwerp aan de Gezondheidsraad voor. De bewindsman volgde in dit ontwerp de door de Raad aangegeven weg en verder formuleerde hij eisen waaraan toestellen en inrichtingen moesten voldoen. Met een regeling was volgens de bewindsman haast geboden, vooral omdat er verplaatsbare röntgentoestellen in de handel waren gekomen. Vooruitlopend op de regeling stuurde hij alle artsen een brief die de gevaren van het gebruik van röntgenstralen opsomde.²⁵⁰ De commissie uit de Gezondheidsraad stemde met het ontwerp in.²⁵¹

De opvolger van Slotemaker de Bruïne, Verschuur, diende in november 1930 een ontwerp voor een Röntgenstralenwet bij de Tweede Kamer in. Verschuur stelde voor de toepassing van röntgenstralen niet alleen voor geneeskundige, wetenschappelijke en praktisch-technische, maar ook voor veterinaire doeleinden toe te staan. Daarnaast wilde hij de inspecteurs van de volksgezondheid belasten met de controle op uitvoering van de wet.²⁵²

De Staten-Generaal aanvaardde probleemloos het ontwerp voor de Röntgenstralenwet; de wet werd vastgesteld op 9 juli 1931 (*Stb.* 299). In 1932 ontwierp de Gezondheidsraad algemene maatregelen van bestuur voor de uitvoering van de wet.²⁵³ Een jaar later werd een commissie gevormd die advies moest uitbrengen over het verlenen van vergunningen. In 1934 kwamen bij de Raad tweehonderd aanvragen voor zo'n vergunning binnen. De commissie schreef de minister dat er bij de Raad een deskundige moest worden aangesteld voor het keuren van inrichtingen en toestellen. De kosten van zo'n keuring, f 2000, kon de Gezondheidsraad zelf niet opbrengen. Wegens tijdgebrek kon de geplande datum van inwerkingtreding van de Röntgenstralenwet, 1 januari 1935, in ieder geval niet doorgaan, aldus de commissie. Slotemaker de Bruïne besloot daarop voorlopig van invoering van de wet af te zien, omdat hij het in een tijd van bezuinigingen niet verantwoord vond nieuwe uitgaven te doen.²⁵⁴ Uiteindelijk trok

minister Romme in 1939 f 3000 uit om de commissie de gelegenheid te geven een deskundige aan te trekken.²⁵⁵ Tot invoering van de Röntgenstralenwet van 1931 zou het echter nooit komen.

4.2.10 Internationale gezondheidszaken

Jitta onderhield namens de regering en in hoedanigheid van voorzitter van de Gezondheidsraad belangrijke internationale contacten. Hij vertegenwoordigde Nederland in het Office International d'Hygiène Publique en in het Comité d'Hygiène van de Volkenbond. Verder nam hij als gedelegeerde deel aan onderhandelingen over internationale verdragen. Het Verdrag van Kamaran is hiervan een voorbeeld.

Het quarantainestation te Kamaran

Al voor de Eerste Wereldoorlog bestond op het eiland Kamaran, gelegen aan de Oostkust van de Rode Zee tussen Djeddah en Aden, een quarantainestation, dat ressorteerde onder de Opperste Gezondheidsraad te Constantinopel. In deze Raad was ook Nederland vertegenwoordigd. Na genoemde oorlog, toen Engeland het gezag over het eiland van Turkije overnam en de Opperste Gezondheidsraad werd opgeheven, verloor Nederland zijn zeggenschap over het station.²⁵⁶ De Nederlandse regering betreurde deze ontwikkeling, omdat bijna de helft van de personen die op Kamaran het quarantainestation aandedden landgenoten uit Nederlands-Indië waren. Zij onderwierpen zich in het station aan een sanitaire controle voordat de reis naar het bedevaartsoord Mekka werd voltooid.²⁵⁷ De Nederlandse pelgrims klaagden in Kamaran omringd te zijn door vreemdelingen aan wie zij hun belangen niet konden toevertrouwen.

Na moeizame onderhandelingen tussen Nederland en Engeland werd op 19 juni 1926 een verdrag ondertekend waarin de Nederlandse regering het recht kreeg een arts te benoemen op het station. Deze medicus zou volkomen zelfstandig zijn werk kunnen doen en dezelfde rechten en plichten hebben als de door Engeland benoemde arts. Zo kon hij over eigen personeel beschikken. De overeenkomst bevatte verder bepalingen over quarantainerechten, het geneeskundig onderzoek en de begroting en renovatie van het station.²⁵⁸

Over het wetsontwerp dat het Verdrag van Kamaran moest ratificeren stelden leden van de Tweede Kamer schriftelijke vragen, die door de minister van Buitenlandse Zaken, door tussenkomst van zijn collega van Arbeid, Handel en Nijverheid, werden voorgelegd aan de Gezondheidsraad. Jitta zelf hielp de minister het wetsontwerp te verdedigen en bij te stellen.²⁵⁹ Het Verdrag van Kamaran trad op 23 juni 1927 (*Stb.* 196) in werking.

Internationale gezondheidsorganisaties

Een van de resultaten van het in internationaal perspectief plaatsen van volksgezondheidsvraagstukken was de oprichting in 1907 van het al eerder genoemde Office International d'Hygiène Publique (OIHP). Twintig jaar later waren 45 landen bij deze organisatie aangesloten. De leden van dit in Parijs zetelende internationale gezondheidsbureau werden op persoonlijke titel benoemd en kwamen in het interbellum twee maal per jaar bijeen. Jitta was een trouwe deelnemer aan deze vergaderingen, die gemiddeld tien dagen duurden. De internationale kopstukken bespraken actuele vraagstukken op het terrein van de volksgezondheid. Zo stond het encefalitisvraagstuk op verzoek van Jitta geregeld op de agenda. Het werk van het bureau was aanvankelijk louter beschouwelijk van aard.

Door de Eerste Wereldoorlog nam het gevaar van verspreiding van besmettelijke ziekten in Europa toe. Ook na de wapenstilstand moesten er maatregelen worden genomen tegen de uitbreiding van vlektyfus, pokken en cholera, ziekten die vanuit de Sovjetunie de rest van Europa bedreigden. De Volkenbond, die in 1919 werd opgericht, installeerde daarom het Comité d'Hygiène. In 1921 kwam het Comité, dat was gevestigd in Genève, voor de eerste maal bijeen.²⁶⁰ Het had een uitgebreider mandaat dan het OIHP en beschikte over meer geld- en hulpmiddelen. Zo verzamelde een bureau in Singapore onder auspiciën van de Volkenbond een vloed aan gegevens over de volksgezondheid in het Verre Oosten.

Nederland had in eerste instantie geen zitting in het Comité. Dit tot teleurstelling van Jitta, die er bij de regering op aandrong alles in het werk te stellen om toch een plaats te bemachtigen. Invloed bij de bespreking van internationale hygiënische maatregelen was niet alleen van belang voor het moederland, maar nog meer voor onze koloniën, aldus Jitta.²⁶¹ Uiteindelijk kreeg hij, als gedelegeerde van de Nederlandse regering, in 1924 een zetel in het Comité.²⁶² Door zijn lidmaatschap van de twee genoemde internationale organisaties kon Jitta tot 1940 minimaal drie à vier keer per jaar overleg voeren met collega's uit andere landen.²⁶³

Vanaf 1921 bestonden er dus twee internationale lichamen op het terrein van de volksgezondheid. Dubbele lidmaatschappen kwamen veelvuldig voor. Frankrijk stelde voor de twee organisaties samen te voegen onder leiding van de Volkenbond, om moeite en kosten te besparen. De Nederlandse regering steunde het plan op advies van Jitta.²⁶⁴ De Verenigde Staten, geen lid van de Volkenbond, en Engeland torpedeerden echter het voorstel. Engeland stemde tegen, omdat niet alle landen bij de Volkenbond waren aangesloten.²⁶⁵

In 1923 werd een gemengde commissie gevormd, bestaande uit een gelijk aantal leden van het OIHP en het Comité. Deze commissie, waarin ook Jitta zitting had, stelde een plan op om tot een samenwerkingsverband te komen. De Gezondheidsraad (Jitta!) adviseerde de minister hiermee in te stemmen.²⁶⁶ Uiteindelijk konden in 1927 alle bij het OIHP aangesloten landen zich verenigen met de nieuwe constructie. Nadien fungeerde het OIHP als een consultatief lichaam van het Comité. Ook kon het OIHP besluiten over onderwerpen van meer praktische aard voorbereiden en ter uitvoering voorleggen aan het Comité, dat uit zestien leden ging bestaan. Van deze leden werden er tien aangewezen door het OIHP en zes door de Volkenbond. Voor tal van onderwerpen stelde het Comité afzonderlijke commissies in, waarvoor deskundigen werden uitgenodigd. Naast Jitta vertoefden om die reden vanaf 1927 herhaaldelijk ook andere leden van de Gezondheidsraad in Genève. Het OIHP bleef belast met de taak internationale sanitaire conventies voor te bereiden.²⁶⁷

Jitta bleef in beide organisaties actief. Bij de herverkiezing van leden van het Comité d'Hygiène in 1930 dreigde hij samen met de vertegenwoordigers van Portugal en Zwitserland buiten de boot te vallen, omdat de grote mogendheden hen uit het Comité probeerden te weren. Dit lukte uiteindelijk niet: de afgevaardigden van de drie kleine landen werden bij acclamatie herkozen.²⁶⁸ In 1935 werd de jarenlange strijd van Jitta voor verbetering van de internationale volksgezondheid beloond met het presidentschap van het OIHP.²⁶⁹

Om de invloed van het OIHP op de werkzaamheden van het Comité uit te breiden werd in 1937 een structuurwijziging doorgevoerd. Voortaan diende het OIHP eens per jaar een algemene vergadering te houden, aangeduid als Assemblée annuelle du Conseil général consultatif d'hygiène, die de rapporten van het Comité moest bespreken en voorstellen doen voor te behandelen nieuwe onderwerpen. Ook de landen die niet bij het OIHP of de Volkenbond waren aangesloten konden een afgevaardigde naar de Assemblée sturen. De president van het OIHP, in 1937 nog altijd Jitta, zat de vergaderingen van de Assemblée voor.²⁷⁰ Door de oorlogsdreiging kon de nieuwe taakverdeling echter nauwelijks in praktijk worden gebracht.

5.1 DE BEZETTING

Adolf Hitler (1889-1945) installeerde in Nederland een burgerlijk regiem, dat bestond uit de Rijkscommissaris voor het bezette Nederlandse gebied, de Oostenrijkse jurist Arthur Seyss-Inquart (1892-1946), en vier commissarissen-generaal. Eén van hen was de kunsthistoricus Friedrich Wimmer, die onder meer het volksgezondheidsbeleid onder zijn hoede kreeg. Hij kon daarbij rekenen op de steun van 'Obermedizinalrat' Gero Reuter, die toezicht hield op de afdeling Volksgezondheid van het departement van Sociale Zaken. De machthebbers lieten het Nederlandse overheidsapparaat vrijwel intact. De secretarissen-generaal traden op als plaatsvervangers van de naar Engeland uitgeweken ministers en werden onder Duits gezag belast met uitvoering van het beleid.²

De Nationaal-Socialistische Beweging (NSB) speelde geen rol van betekenis in het bestuursapparaat. De Nederlandse 'zwarthemden' probeerden daarin verandering te brengen. Op het terrein van de volksgezondheid richtten zij in oktober 1940 het Medisch Front op, een aan de NSB gelieerde organisatie waarvan behalve artsen ook apothekers, tand- en dierenartsen, verpleeg- en verloskundigen, tandtechnici, apothekersassistenten en paramedici lid konden worden. Het Front streefde naar een 'zuiver' en 'rein' Nederlands ras en pleitte voor sterilisatie van zwakzinningen en voor verbod van gemengde huwelijken.³ Ruim drie procent van de Nederlandse artsen sloot zich bij deze organisatie aan.⁴

In mei 1941 zwichtte het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst voor de Duitse eis de leider van het Medisch Front in zijn midden op te nemen.⁵ Veel leden vonden dit besluit onaanvaardbaar en zegden hun lidmaatschap op. Het hoofdbestuur belegde een buitengewone algemene ledenvergadering, die echter door de Duitsers werd verboden omdat voorzitter Floris Aart Schalijs (1880-1970) niet kon garanderen dat de resterende leden van de Maatschappij de houding van het hoofdbestuur zouden goedkeuren. In september 1941 trad het hoofdbestuur alsnog af. Drie maanden later hief Seyss-Inquart de Maatschappij op en kondigde hij de oprichting aan van de Nederlandsche Artsenkamer, waarvan alle artsen verplicht lid moesten worden.⁶ Hoofddoel van deze organisatie was de zogeheten nazificering van het medisch beroep. De Artsenkamer stond onder leiding van NSB-ers. De plaatsvervangend leider van het Medisch Front, C.C.A. Croin (1894-1968), werd benoemd tot president.

Onderwijl was op 24 augustus 1941 de verzetsorganisatie Medisch Contact opgericht. Zij genoot de steun van de overgrote meerderheid van de voormalige leden van de Maatschappij.⁷ Medisch Contact organiseerde verschillende protestacties. Een van de belangrijkste was de oproep aan de artsen in het najaar van 1942, geen gehoor te geven aan de eis van de Artsenkamer een aanmeldingsformulier voor deze organisatie in te vullen. Toen de autoriteiten voor de weigeraars hoge geldboetes in het vooruitzicht stelden, namen op 24 maart 1943 6200 artsen deel aan de zogenoemde 'bordjes-actie'. Deze verzetsdaad bestond uit het doorhalen van het woord 'arts' op de gevel van de praktijk, waarmee de betrokkene afstand deed van zijn bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde. De Duitsers reageerden woedend en dreigden met hoge straffen. Medisch Contact beëindigde de actie, maar boekte toch succes: de bezetters legden de Artsenkamer het verbod op artsen te beboeten die weigerden zich als lid aan te melden. Daarmee was het pleit in het voordeel van Medisch Contact beslecht. De Artsenkamer bleef bestaan, maar kon niet op enige aanhang en invloed rekenen.⁸

Een winstpunt voor de NSB was de benoeming in juli 1942 van François Otto Bruyning (1893-1944) tot directeur-generaal van de Volksgezondheid. Hij volgde de in maart 1942 ontslagen Van den Berg op, die bij de uitvoering van het Ziekenfondsenbesluit van augustus 1941 in conflict was gekomen met de Duitse autoriteiten.⁹ Bruyning, een oud-officier van gezondheid van het Nederlands-Indisch leger, was sinds 1931 verbonden aan het districtsconsultatiebureau voor de tuberculosebestrijding in Dordrecht. In de jaren dertig vertegenwoordigde hij de NSB in de Provinciale Staten van Zuid-Holland.¹⁰ Bruyning, die het tot 'Unterscharführer' van de SS bracht, was de eerste arts die tot directeur-generaal van de Volksgezondheid werd benoemd.¹¹ Tijdens een persconferentie ter gelegenheid van zijn installatie riep Bruyning de overheid

op 'de hoogwaardigen' in de maatschappij te stimuleren kinderrijke gezinnen te stichten. 'Een krachtig en schoon volk' was in zijn ogen niet gebaat bij huwelijken tussen personen van verschillend ras of met erfelijke gebreken. Hij drong aan op uitsluiting van zwakzinnigen van 'het voortplantingsproces'. Zij bezaten in de ogen van de directeur-generaal een 'sterke vraatzucht (...), doch tevens een ongebreidelde geslachtelijke drang'. De zwakzinnigen, onder wie volgens de directeur-generaal opvallend veel joden te vinden waren, moesten worden gesteriliseerd. Hij nodigde de artsen uit te bepalen wie tot deze 'groep van minderwaardigen' moesten worden gerekend.¹²

De meeste artsen wezen de denkbeelden van Bruyning, die in maart 1944 overleed,¹³ van de hand. Zijn invloed op het beleid was gering, vooral omdat de Duitse autoriteiten hem niet openlijk steunden. Zij waren bovenal geïnteresseerd in rust en orde in het strategisch gelegen Nederland en gingen impopulaire maatregelen, waardoor zij in conflict konden komen met de medische stand, zoveel mogelijk uit de weg. Deze politiek bood de Gezondheidsraad de gelegenheid zijn werk voort te zetten.

5.2 DE ORGANISATIE

De Gezondheidsraad had de bezuinigingen in het interbellum ternauwernood overleefd. Onder leiding van een kersverse voorzitter en met een gekortwiekt secretariaat trad het college in overleg met de nieuwe machthebbers.

5.2.1 Leendert Cornelis Kersbergen

Zoals gezegd, was de 66-jarige Leendert Cornelis Kersbergen (1873-1958) vlak voor de Duitse inval tot voorzitter van de Gezondheidsraad benoemd.¹⁴ Kersbergen, zoon van een veengraver uit Reeuwijk, behaalde zijn artsexamen in 1898 en promoveerde twee jaar later op het proefschrift: *De klinische waarde van de koolhydraatgisting in faeces*. Kersbergen vestigde zich in het begin van deze eeuw als huisarts in Haarlem. Zijn praktijk bleef tot 1945 open. Daarnaast werkte hij in de jaren 1907-1919 als internist in het Diaconessenhuis in Haarlem. In 1919 maakte hij de overstap naar het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis, waar hij tot 1939 geneesheer-directeur was.¹⁵

Kersbergen was in Haarlem in de eerste decennia van deze eeuw de spil van tal van organisaties op het terrein van de volksgezondheid. Zo was hij mede-oprichter en lange tijd voorzitter van de plaatselijke Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose. In de periode 1917-1919 zat hij de gezondheidscommissie voor. Op landelijk niveau was hij onder meer actief in de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose, het Centraal College voor Medisch Tuchtrect, het Centraal Bureau voor keuringen op medisch-hygiënisch gebied, de Hooge Raad van Arbeid, en de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. In 1926 en in de jaren 1936-1938 bekleedde hij het voorzitterschap van de Maatschappij.¹⁶ Op oudere leeftijd werd Kersbergen ook politiek actief. In 1939 werd hij als lid van de Vrijzinnig-Democratische Bond in de gemeenteraad van Haarlem gekozen.

5.2.2 Samenstelling

Het ledental van de Gezondheidsraad daalde in de oorlogsjaren van 67 naar 41. Deze teruggang had drie oorzaken. In de eerste plaats kreeg ook de Gezondheidsraad te maken met de antisemitische politiek van de bezetters. In september 1942 schreef de secretaris-generaal van het departement van Opvoeding, Wetenschap en Cultuurbescherming aan zijn collega van Sociale Zaken dat de per 1 juni 1942 ontslagen joodse hoogleraren ook hun nevenfuncties moesten neerleggen. Zo moest de Leidse hoogleraar in de kindergeneeskunde Evert Gorter (1881-1954) het lidmaatschap van de Gezondheidsraad worden ontnomen.¹⁷ Kersbergen probeerde het ontslag te voorkomen door erop te wijzen dat Gorter niet wegens zijn hoogleraarschap, maar 'als één der voornaamste kinderartsen' in de Raad was benoemd. Veel indruk maakte dit argument niet: in oktober 1942 zag Kersbergen zich genoodzaakt de kinderarts te berichten dat zijn positie in de Raad onhoudbaar was geworden.¹⁸ Enkele dagen later diende Gorter zijn ontslag in.¹⁹

De liquidatie van een aantal verenigingen op het vlak van de volksgezondheid was de tweede reden voor het ledenverlies. De vertegenwoordigers van deze organisaties in de Gezondheidsraad verloren hun mandaat en werden automatisch 'ontslagen'. Dit gold onder anderen voor de vijf afgevaardigden van de Nederlandsche Maaatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

In de derde plaats bleven de 'vacatures' openstaan. Dit kwam enerzijds door het ontbreken van de mogelijkheid Koninklijke Besluiten af te kondigen, en anderzijds door het feit dat de bezetters geen pogingen ondernamen geestverwanten tot lid van de Gezondheidsraad te benoemen. Wel probeerde de directeur-generaal van de Volksgezondheid Bruyning, die uit hoofde van zijn functie bevoegd was alle commissievergaderingen bij te wonen, Kersbergen te bewegen NSB-ers als deskundige niet-leden in drie commissies op te nemen.²⁰ Kersbergen, die aanvankelijk de boot had afgehouden, ging gedeeltelijk overstag: in december 1942 nodigde hij twee NSB-ers uit zitting te nemen in respectievelijk de Commissie inzake het reumatiekvraagstuk en de Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche.²¹ Het ging om een papieren lidmaatschap, omdat beide commissies niet meer functioneerden. Het verzoek van de directeur-generaal om ook een NSB-er in de nog actieve Commissie inzake de voeding te benoemen, wees Kersbergen van de hand.²²

Dit voorval was tekenend voor de houding van Kersbergen gedurende de oorlog. Door zijn pragmatische opstelling maakte hij geen vijanden en stelde hij de Gezondheidsraad in staat zijn werkzaamheden op bescheiden schaal te continueren. 'Obermedizinalrat' Reuter was gecharmeerd van Kersbergen. Dit blijkt uit een brief die hij in maart 1943 aan commissaris-generaal Wimmer schreef, waarin hij aandrang op vervanging van de NSB-er Croin als president van de Nederlandsche Artsenkamer. Reuter zag in Kersbergen een kandidaat voor de opvolging. Hij berichtte over Kersbergen:

'Seine politische Linie ist mir nicht bekannt, zumindest halte ich ihn für neutral. Wenn ich mit ihm verhandelte, war er mir gegenüber stets freundlich und loyal. Er genießt in der niederländischen Ärzteschaft grösstes Ansehen. Vor der Deutschen Besatzungszeit hat er in der Maatschappij eine grosse Rolle gespielt.'²³

Over een mogelijke 'te neutrale rol' van Kersbergen in de Tweede Wereldoorlog wilde Marie van Eckelen (1905-1989), die in de oorlogsjaren lid was van de Commissie inzake de voeding, niets weten:

'Hij was rustig en kalm, juist in tegenstelling tot Banning bijvoorbeeld, die direct van leer trok; hij luisterde goed, gaf heel overwogen zijn oordeel, hij zei dus eigenlijk nooit iets verkeers. Ik kan me dus voorstellen dat iemand als Reuter denkt, nou ja dat is een vrij neutraal iemand. Hij stelde zich dus inderdaad neutraal op. Maar ik ben ervan overtuigd, dat ie anti-Duits was, althans tegen de bezetting was. Ja, daar durf ik op te zweren.'²⁴

5.2.3 Secretariaat

Op het personele vlak veranderde er in de oorlogsjaren weinig bij de Gezondheidsraad. Het vijf man sterke secretariaat bleef onder leiding staan van referendaris Minkema.²⁵ Zijn positie won aan gewicht, omdat Kersbergen in tegenstelling tot zijn voorgangers het voorzitterschap part-time uitoefende. Kersbergen was slechts één dag per week in Den Haag. De dagelijkse leiding van de Raad kwam meer en meer te liggen bij Minkema, die echter verantwoording schuldig bleef aan de voorzitter.

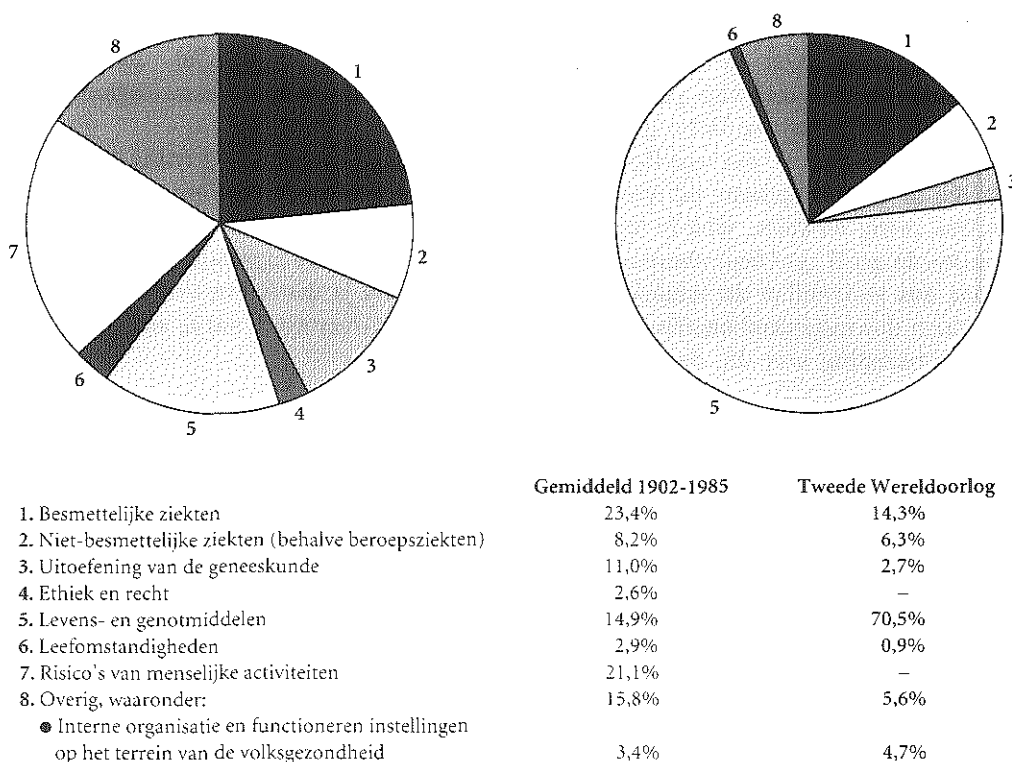
5.2.4 Nieuwe verhoudingen

De adviezen van de commissies uit de Gezondheidsraad werden uitgebracht aan de minister belast met het volksgezondheidsbeleid. In de oorlogsjaren trad daarvoor in de plaats de secretaris-generaal van het departement van Sociale Zaken. Dit was in de eerste maanden Arend Lubbertus Scholtens (geb. 1880). Omdat zijn opvattingen te weinig strookten met die van de Duitse autoriteiten, nam hij in augustus 1940 ontslag.²⁶ Zijn opvolger was Robert Antony Verweij (geb. 1882), die sympathiseerde met de bezetters, maar niet toetrad tot de NSB.²⁷ Behalve van de secretaris-generaal ontving de Gezondheidsraad ook adviesaanvragen van de directeuren-generaal van de Volksgezondheid en de Voedselvoorziening. Zij kregen zonder tussenkomst van de secretaris-generaal antwoord van de betrokken commissies.

Veel commissies uit de Gezondheidsraad beëindigden in de loop van de oorlog hun activiteiten, vooral wegens gebrek aan adviesaanvragen. Bovendien 'moedigde de onzekere toestand' niet aan 'tot het entameren van het een of andere onderwerp. Dit lag niet daaraan, dat deze er niet waren, maar de neiging van bepaalde groepen om zich hiermede ook bezig te houden en de begrijpelijke neiging dezerzijds om zo weinig mogelijk contact met deze personen en groepen te hebben, maakte dat weinig vergaderingen werden gehouden', aldus Kersbergen na afloop van de oorlog.²⁸ Deze houding was voor Koenraad Keyer, de leider van het Medisch Front, reden de Gezondheidsraad op de tweede landdag van zijn organisatie in september 1942 te omschrijven als een 'practisch impotent' lichaam, waarvan de meerderheid van de leden 'bovenmate anti nationaal-socialistisch' is.²⁹ De volgende bladzijden leren dat de Gezondheidsraad in de Tweede Wereldoorlog toch enkele vruchtbare initiatieven heeft genomen.

5.3 DE ADVIEZEN

De Gezondheidsraad bracht in de Tweede Wereldoorlog 112 adviezen uit. Daarvan kwam ruim zeventig procent voor rekening van de Commissie inzake de voeding. De adviezen van dit gezelschap staan in dit hoofdstuk centraal. Verder wordt het werk van de Raad met betrekking tot de bestrijding van (besmettelijke) ziekten en de uitoefening van de geneeskunde belicht. De eerste paragraaf is gewijd aan ontwikkelingen aan de vooravond van de Tweede Wereldoorlog.



Adviezen Gezondheidsraad in de Tweede Wereldoorlog.

5.3.1 Voorbereidingen

Op 1 september 1939 trokken Duitse troepen Polen binnen, waarna Engeland en Frankrijk Duitsland de oorlog verklaarden. Uitbreiding van het conflict lag voor de hand en ook de Nederlandse regering bereidde zich op een oorlog voor. Zij nam maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid, zoals het in iedere provincie aanleggen van depots met vaccins tegen pokken, tyfus en paratyfus, en met sera tegen tetanus,

difterie en nekkramp.³⁰ Verder regelde zij via de Wet van 6 September 1939 (*Stb.* 802) dat tijdens de mobilisatie voldoende geneeskundige voorzieningen beschikbaar bleven.³¹

De Gezondheidsraad adviseerde de overheid over de geneesmiddelenvoorziening en over de preventie van een epidemie van vlektyfus.

De geneesmiddelenvoorziening

In 1939 richtte de minister van Economische Zaken het Rijksbureau voor Genees- en Verbandmiddelen op, dat de distributie van geneesmiddelen onder apothekers, apotheekhoudende artsen, dierenartsen en ziekenhuizen moest regelen. Daarnaast hield het bureau toezicht op de voorraad en de aanvoer van medicijnen. In het najaar van 1939 publiceerde het de eerste lijst van schaarse geneesmiddelen.³²

Josephus Jitta juichte het werk van het Rijksbureau toe, maar wel vond hij dat de overheid de contacten met de artsen moest verstevigen, 'ten einde te geraken tot een zo doeltreffend en zuinig mogelijk voorschrijven'. Met dit doel voor ogen installeerde hij in oktober 1939 de Commissie inzake geneesmiddelenvoorziening voor de burgerbevolking.³³ De commissie besloot een formularium op te stellen, dat in juni 1940 aan alle artsen en apothekers werd toegestuurd. In dit geschrift wees de Gezondheidsraad³⁴ op het dreigende tekort aan medicijnen. Zij gaf aan op welke wijze (grondstoffen van) geneesmiddelen konden worden vervangen. De artsen en apothekers werd op het hart gedrukt zuinig om te springen met genees- en verbandmiddelen:

'Beperking tot het strikt noodige is, nu aanvoer van elders niet mogelijk of zeer moeilijk is, meer dan ooit nodig. (...) Indien niettemin blijken mocht, dat in bepaalde gevallen overmatig wordt voorgeschreven, zullen krachtige maatregelen niet achterwege kunnen blijven', aldus de Raad.³⁵

Ondanks deze inspanningen nam het tekort aan geneesmiddelen in de oorlog toe.³⁶ Begin 1943 werden richtlijnen van kracht, die hoofdinspecteur Banning had opgesteld. Uitgangspunt was dat men schaarse geneesmiddelen alleen voor bepaalde toepassingen mocht verstrekken.³⁷ De toestand van de geneesmiddelenvoorziening was vanaf september 1944 kritiek, toen door de oorlogshandelingen de import van geneesmiddelen uit Duitsland nagenoeg stil kwam te liggen.³⁸

Vlektyfus

Omdat de verspreiding van vlektyfus in Nederland in de Eerste Wereldoorlog epidemische vormen had aangenomen, moesten ditmaal maatregelen worden genomen, zo stelde een commissie van de Gezondheidsraad. Zij drong in oktober 1939 aan op aanschaf van vaste en mobiele ontluizingsinrichtingen. Personen uit risicogroepen als vluchtelingen, deserteurs en zwervers moesten streng op de aanwezigheid van kleeurhuizen, de belangrijkste verspreiders van vlektyfus, worden gecontroleerd, aldus de commissie.³⁹ Minister Van den Tempel gaf de Gezondheidsraad toestemming vier ontluizingskasten te kopen. In een vlugschrift maakte de Raad de regels voor het ontluizen bekend.⁴⁰

Verder beval de commissie de bewindsman aan de ontwikkeling van een vaccin tegen vlektyfus te bevorderen. Dit onderzoek moest volgens haar gebeuren in het Instituut voor Tropische Hygiëne in Amsterdam, waar Emilius Paulus Snijders (1885-1958), hoogleraar in de tropische geneeskunde, veel ervaring had opgedaan met 'dergelijke delicate, moeilijke en gevaarlijke onderzoeken'. Begin 1940 besloot Van den Tempel het gevraagde krediet te verstrekken.⁴¹ In de loop van de oorlog kwam het vaccin op bescheiden schaal beschikbaar. Vooral artsen, verpleegsters en ontsmetters werden ingeënt. Door deze maatregelen bleef het aantal gevallen van vlektyfus in de Tweede Wereldoorlog beperkt.⁴²

5.3.2 Besmettelijke ziekten

Het ontwerpen van maatregelen tegen de verspreiding van besmettelijke ziekten kwam in de Tweede Wereldoorlog vooral op rekening van de Geneeskundige Inspectie.⁴³ Toch liet de Gezondheidsraad zich niet onbetuigd: ruim veertien procent van zijn adviezen had dit thema tot onderwerp. Vooral in de eerste oorlogsmaanden passeerden enkele ziekten de revue. Dit gold onder andere voor pokken, waarover alleen

in mei 1940 een advies werd uitgebracht. Daarin drong de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten aan op bevordering van de inenting van kinderen jonger dan twee jaar.⁴⁴

De enige besmettelijke ziekte die geregeld op de agenda van de Gezondheidsraad prijkte, was tuberculose. Centraal stond de vraag of de overheid maatregelen moest nemen tegen de zogenoemde asociale tuberculoselidjers.

Tuberculose

Het aantal gevallen van sterfte aan tuberculose verdubbelde in de Tweede Wereldoorlog.⁴⁵ De consultatiebureaus vergrootten hun inspanningen. Extra voedselverstrekkingen aan tuberculoselidjers en inrichting van noodsanatoria en -verpleeginrichtingen boden echter onvoldoende soelaas.

De toenemende sterfte was voor Kersbergen in februari 1942 aanleiding de Commissie inzake bestrijding van de tuberculose voor informeel overleg bijeen te roepen.⁴⁶ Ruim twee maanden later kreeg Kersbergen van Banning, die toen behalve hoofdinspecteur ook waarnemend directeur-generaal van de Volksgezondheid was, het verzoek de volgende vragen aan de tuberculosecommissie voor te leggen:

'a. Is het gewenscht, dat van overheidswege maatregelen kunnen worden genomen tegen hen, die door hun a-sociaal gedrag een gevaar opleveren voor verspreiding van tuberculose onder de bevolking?

b. Indien de tuberculose-commissie het inderdaad gewenscht acht, dat maatregelen worden genomen, waaruit moeten dan deze maatregelen bestaan? (b.v. asyleering in bestaande ziekenhuizen of sanatoria, asyleering in daarvoor nieuw op te richten inrichtingen).'⁴⁷

Onder 'asociale' tuberculoselidjers werden patiënten verstaan die de voorschriften van de consultatiebureaus niet naleefden en daardoor een gevaar opleverden voor hun omgeving.⁴⁸ De Gezondheidsraad had zich nog niet eerder met deze problematiek beziggehouden.⁴⁹

Kersbergen nodigde vier commissieleden uit om, los van elkaar, een pre-advies op te stellen.⁵⁰ Drie van hen wilden dat de overheid stappen nam tegen asociale tuberculoselidjers, zoals gedwongen opname in ziekenhuizen of sanatoria.⁵¹ De vierde pre-adviseur, de geneesheer-directeur van het districtsconsultatiebureau in Groningen Folkert Tijdens, vond het aantal asociale tuberculoselidjers te gering om zich zorgen te maken. Bovendien was het volgens hem niet bepaald een geschikte tijd om dwangmaatregelen door te voeren.⁵²

In juni 1942 boog de tuberculosecommissie zich over de vragen van Banning.⁵³ De meeste leden drongen aan op het treffen van maatregelen tegen de asociale tuberculoselidjers.⁵⁴ Een minderheid vroeg de aandacht voor meer wezenlijke oorzaken van de stijging van het aantal tuberculosepatiënten, zoals het voedseltekort. Uiteindelijk aanvaardde de commissie unaniem het voorstel van Kersbergen een onderzoek te doen instellen naar het aantal asociale tuberculoselidjers.⁵⁵ Hiermee werd de Geneeskundige Inspectie belast, die een enquête organiseerde onder tuberculose-artsen, consultatiebureaus en sanatoria. Daaruit bleek dat het aantal asociale tuberculoselidjers 'hoogstens een paar honderd' bedroeg.⁵⁶

In januari 1943 besprak de tuberculosecommissie de uitkomsten van het onderzoek, in aanwezigheid van Bruyning.⁵⁷ De commissie schaarde zich achter het voorstel asociale gedwongen op te nemen, onder voorwaarde dat er een inrichting kwam voor de opvang van de patiënten. Het plan van Bruyning om hiervoor in gevangenissen of psychiatrische klinieken plaatsen te reserveren, ging de commissie te ver.⁵⁸ In haar advies van 19 februari 1943 aan Bruyning pleitte de commissie voor 'het aanwijzen van een bepaald sanatorium, waar de behandeling en de outillage zeer goed moet zijn, maar waar de tucht streng moet worden gehandhaafd'. De commissie was bereid het voorstel uit te werken.⁵⁹

Commissielid Georg Carl Eduard Burger (1896-1979), hoofd van de Geneeskundige Dienst van Philips, distantieerde zich alsnog van het tijdens de commissievergadering ingenomen standpunt. Hij was er niet van overtuigd dat het aantal ongecontroleerde infectiebronnen door de voorgestelde maatregel zou afnemen. Integendeel, hij verwachtte dat patiënten zich minder snel bij de consultatiebureaus zouden aanmelden. Bovendien was volgens hem 'het invoeren van dwangmaatregelen tegen asociale tuberculose-lidjers (...) te vergelijken met het pogen op het gebouw der tuberculose-bestrijding, nokversieringen aan te brengen, terwijl de muren van het gebouw nauwelijks overeind staan en het dak nog gebouwd moet worden'. Burger vond dat 'zoolang de medici nog in gebreke zijn gebleven om de strijd tegen de tuberculose zoodanig intensief te voeren als de huidige inzichten en de technische hulpmiddelen toelaten, zij niet het moreele recht hebben om aan den Staat te adviseren, thans reeds tot dwangmaatregelen over

te gaan tegen een groep van infectiebronnen, waarvan nog geenszins vast staat, dat deze het juist zijn, die een ernstige belemmering vormen voor het tot stand komen van een efficiënte tuberculosebestrijding'.⁶⁰

Kersbergen stelde de commissie op de hoogte van het gewijzigde standpunt van Burger en vroeg of hij het, nog niet uitgebrachte, advies moest aanpassen, of de nota-Burger als minderheidsnota moest indienen. De commissieleden kozen voor het laatste, omdat zij de opvattingen van Burger in strijd achtten met de strekking van het advies. Ook Bruyning was deze mening toegedaan. Hij schreef Kersbergen dat door het 'eliminieren' van de asociale tuberculoselijders het prestige van en daarmee de toeloop van patiënten naar de consultatiebureaus juist zou toenemen.⁶¹ Kersbergen besloot uiteindelijk de nota-Burger niet als minderheidsnota in te dienen, maar voor een deel te verwerken in het advies, zonder overigens de conclusies van de commissie geweld aan te doen.⁶²

In maart 1943 vroeg Bruyning de Gezondheidsraad om een uitgewerkt plan over de 'wijze van asylering' van asociale tuberculoselijders. Hij maakte gewag van de voorbereiding van een ontwerp-besluit 'houdende de mogelijkheid van dwang-asylering van voor de gemeenschap gevaarlijke tuberculoselijders'.⁶³ Kersbergen besprak het verzoek van de directeur-generaal in kleine kring en formeerde vervolgens een subcommissie uit de tuberculosecommissie.⁶⁴

De eerste vergadering van dit gezelschap, spoedig bekend onder de naam Commissie voor asociale tuberculoselijders, vond plaats in mei 1943. De subcommissie wilde dat de overheid de mogelijkheid opende asociale te isoleren.⁶⁵ Eerst moest echter een geschikte lokatie voor de opvang van deze patiënten worden gevonden. Dat leverde problemen op wegens het grote tekort aan verpleegruimte voor tuberculoselijders. Verder wilde de subcommissie zich beraden over de vraag of ouders en voogden die hun kinderen een medische behandeling onthielden uit de ouderlijke macht konden worden ontzet. Dat vereiste overleg met een jurist.⁶⁶

Vier maanden later volgde de tweede en laatste vergadering van de Commissie voor asociale tuberculoselijders. Onder de aanwezigen was Johannes Petrus Hooykaas (geb. 1900), adviseur van het ministerie van Justitie. Hij stelde dat het juridisch uitgesloten was om ouders met tuberculose te ontzetten uit de ouderlijke macht of kinderen onder de Voogdijraad te plaatsen. Hij wilde de asociale tot andere gedachten brengen door te dreigen met geldboetes en 'het spook van de gevangenis'. Hooykaas vond dat 'de lastigen in een gewoon sanatorium kunnen worden opgenomen (...) zonder dat men hoeft te wachten op een afzonderlijke inrichting'. Banning wees dit voorstel van de hand, omdat er lange wachtlijsten voor de sanatoria bestonden. De subcommissie slaagde er niet in tot een afgerond oordeel te komen en besloot de besprekingen op te schorten tot Hooykaas, in nauw overleg met het departement van Justitie, een ontwerp-verordening had opgesteld.⁶⁷

Dit ontwerp zou nooit verschijnen. Tijdens de Tweede Wereldoorlog keerde de problematiek rond de asociale tuberculoselijders niet meer terug op het programma van de Gezondheidsraad. Het vraagstuk boette echter niet aan actualiteit in. De Geneeskundige Inspectie besprak het onderwerp weer in 1949. Het resultaat was dat in september 1950 de Commissie voor asociale tuberculoselijders opnieuw werd opgericht, ditmaal niet onder auspiciën van de Gezondheidsraad, maar van de in 1945 opgerichte Centrale Commissie voor de Volksgezondheid.⁶⁸ Als voorzitter fungeerde staatssecretaris P. Muntendam (1901-1986), die in zijn openingstoespraak kort stilstond bij de activiteiten van de commissie in de oorlogsjaren. Volgens hem waren de deskundigen het toen vrijwel eens over de te nemen maatregelen, maar 'door de oorlogsomstandigheden werd deze aangelegenheid opzettelijk gerekt'.⁶⁹ Hoewel dit niet uit de notulen van de commissie blijkt, kan deze constatering juist zijn. Feit blijft dat de tuberculosecommissie in 1942 de blik vastberaden richtte op de asociale tuberculoselijders, terwijl zij belangrijkere oorzaken van de stijging van het aantal tuberculosegevallen niet in de discussie betrok.⁷⁰

5.3.3 Niet-besmettelijke ziekten

In deze paragraaf gaat de aandacht uit naar de adviezen van de Gezondheidsraad over preventie en bestrijding van respectievelijk krop en van wat genoemd werd: geestesziekten. De derde niet-besmettelijke ziekte waarover de Raad tijdens de oorlog rapporteerde, reuma, blijft buiten beschouwing.⁷¹

Krop

Om krop te voorkomen werd op advies van de Gezondheidsraad sinds 1932 op grote schaal jodium aan het drinkwater toegevoegd. Daarin kwam tijdens de Tweede Wereldoorlog noodgedwongen verandering. De Duitse autoriteiten maakten in het voorjaar van 1941 een eind aan de jodering van drinkwater wegens een tekort aan jodium. De Kropcommissie van de Gezondheidsraad suggereerde de preventie van krop voort te zetten met behulp van gejodeerd zout (Jozo),⁷² maar het bleek door transportmoeilijkheden onmogelijk jozo te distribueren. Wel volgden de bezetters het advies van de commissie op om in kroprijke gemeenten jodium aan broodzout toe te voegen.⁷³ Eind 1944 echter moest op last van de Duitsers ook de jodering van broodzout worden stopgezet, met als gevolg een sterke stijging van het aantal kroppatiënten. Sinds 1932 was dat aantal nimmer groter, zo concludeerde de Kropcommissie uit de bevindingen van een onderzoek in Culemborg dat zij in de tweede helft van 1945 verrichtte.⁷⁴

Geestesziekten

Kersbergen installeerde in juli 1940 de Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, waarin hij gezaghebbende psychiaters benoemde.⁷⁵ Dit gezelschap moest onderzoeken of de geestelijke gezondheid van de bevolking te lijden had onder de Duitse bezetting, en zo ja, wat daartegen te doen viel. De commissie stelde op haar eerste vergadering⁷⁶ dat mede door 'het meestal rustige en correcte optreden van den bezetter' het aantal psychische problemen niet was toegenomen. Zij maakte zich wel zorgen over de jeugd, die bij stijgende spanning 'provocerend' kon gaan optreden. Afgesproken werd dat drie commissieleden los van elkaar de invloed van de tijdsomstandigheden op de positie van jongeren zouden onderzoeken.⁷⁷

Na een uitvoerige bespreking van de rapporten van de pre-adviseurs⁷⁸ berichtte de commissie in september 1940 aan secretaris-generaal Verweij 'dat niet slechts ter wille van algemeene beveiliging en ter voorkoming van wellicht ernstige represaille-maatregelen van de zijde der bezettende Overheid, maar evenzeer uit het oogpunt van opvoeding, een geestelijk zelfbedwang dient te worden nagestreefd en algemeene lijnen dienen te worden aangegeven ten einde hier verbetering in aan te brengen'. De overheid moest 'de opgroeiende, deels werkloze, jeugd' in de gelegenheid stellen 'zich uit te leven op een ander niveau en in meer maatschappelijk aangepasten vorm'. De commissie dacht aan bevordering van 'lichamelijke ontwikkeling in gemeenschaps-verband', zoals gymnastiek,⁷⁹ tuinieren, volkszang, -toneel en -dans. Zij toonde zich bereid de plannen 'ter aankweeking van gemeenschapsbesef en verantwoordelijkheidsgevoel' uit te werken.⁸⁰

In het najaar van 1940 richtte de commissie haar blik op de volwassenen. Het lid Klaas Herman Bouman (1874-1947), hoogleraar in de psychiatrie en neurologie aan de Universiteit van Amsterdam, stelde voor consultatiebureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden op te richten.⁸¹ De commissie nam die gedachte over. Zij wees er in haar advies met nadruk op dat de 'consultatiebureaux voor ouderen' niet het 'etiket van hulp voor geestelijke gestoorde mogen dragen'. Integendeel, hun belangrijkste taak was te voorkomen dat 'de geheel gezonden' geestelijk zouden ontsporen.⁸² De commissie schreef de secretaris-generaal dat zij haar ideeën in een circulaire en een handleiding onder een breed publiek kenbaar wilde maken.⁸³

De circulaire, die aan bestaande consultatiebureaus werd toegestuurd,⁸⁴ zag het licht in november 1940. Daarin schetste de commissie een somber beeld:

'Echtelieden krijgen oneenigheden over politieke aansluiting, over de houding tegenover de ingekwartierde bezettende militairen aan te nemen: amicaal, of een afstand bewarend; jongelui willen opgeleid worden in duitschland, tegen den zin der ouders; moedertjes weten geen raad met de bonnen; de een kan zijn ergernissen niet baas; een ander is geschokt in zijn vertrouwen; die zit in onrust over familie elders; een ander leeft in spanning over de mogelijkheid van verwijdering uit zijn gezin; meerderen zijn alles kwijt; anderen leven nog steeds in onzekerheid over hun zoon, die niet uit den oorlog terugkeerde.'

Volgens de commissie bestonden er mogelijkheden volwassenen met dergelijke problemen te behandelen. Zo kon het nuttig zijn 'de patiënt' te wijzen op historische parallellen:

'De mensch leere, dat geen enkele ontwikkeling ooit rechtlijnig is geweest, dat de historie nooit omkeerbaar is; dat geen enkele restauratie ooit een restloos herstel bracht van wat onder schokkende, revolutionaire gebeurtenissen te loor was gegaan, of was gewijzigd. De noodzaak van heroriëntering is inhaerent gebonden aan elken bewogen tijd. Men brenge hem, die dit moeilijk valt, de gedachte bij, dat het nieuwe van den tijd vermoedelijk al lang groeiende was en niet zoo nieuw, als 't wellicht zich aandient.'

Door 'den innerlijk bewogen mensch weer 'n houvast te geven' konden psychische problemen worden voorkomen, aldus de commissie.⁸⁵

Behalve een circulaire verscheen in november 1940 ook een handleiding voor de toekomstige bestuurders van de consultatiebureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Daarin werd een krachtig pleidooi gehouden voor de vestiging van centra 'voor bevordering van de geestelijke volksgezondheid, waar ieder, die moeilijkheden op dit terrein heeft, zou kunnen aanloopen, en dan een bevoegd iemand zou kunnen aantreffen, om de moeilijkheid eens door te praten'. Op deze bureaus 'zullen veel moeilijkheden opgevangen kunnen worden; er zal moed, levensmoed uitgedeeld kunnen worden, raad in allerlei vorm verstrekt. Zij zullen dienstig kunnen zijn ter bevordering van een hecht gezinsverband, om opvoedingsmoeilijkheden uit den weg te ruimen; om goede ouders te vormen, goede mannen en vrouwen, goede staatsburgers, goede leden onzer volksgemeenschap', aldus de handleiding.⁸⁶

Secretaris-generaal Verweij steunde het plan consultatiebureaus voor psychosociale problemen op te richten. Hij verzocht de Gezondheidsraad het voorstel uit te werken. Kersbergen speelde de vraag door naar de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die begin 1941 rapport uitbracht. Daarin werd gepleit 'consultatiebureaux voor levensmoeilijkheden' in te stellen, die 'niet alleen bedoeld zijn voor tijdsomstandigheden, daar het om problemen gaat, die ook voor deze tijd bestonden en ook daarna zullen bestaan'. Volgens de Federatie moesten de bureaus bestemd zijn voor personen met 'de fijnere en intiemere moeilijkheden, waarmede de betrokkenen niet zoo spoedig naar officiële instellingen, als kinderplicht, voogdijraad, e.d. zullen loopen', en personen met 'de lichtere psychische stoornissen, die bij een consultatiebureau voor zenuw- en zielsziekten niet thuis hooren'. Spil van de bureaus diende een 'sociaal goed georiënteerde maatschappelijke werkster' te zijn, van wie 'rijpheid en begrip voor de achter de verschijnselen liggende psychologische factoren' werd verwacht. De Federatie, die zelf een stimulerende rol wilde spelen, vond dat het initiatief voor de oprichting van de consultatiebureaus moest uitgaan van levensbeschouwelijke organisaties, kruisverenigingen en commissies ad hoc. Zij drong er bij de overheid op aan de projecten te subsidiëren.⁸⁷

In maart 1941 besprak de commissie van de Gezondheidsraad het rapport van de Federatie.⁸⁸ Zij steunde de strekking ervan en adviseerde de secretaris-generaal de consultatiebureaus, waarvoor de naam 'Bureaux voor gezins- en maatschappelijke moeilijkheden' werd gekozen, te subsidiëren.⁸⁹ Aan dit verzoek kwam de overheid in de oorlogsjaren op bescheiden wijze tegemoet.⁹⁰ Na de oorlog schoten de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden als paddestoelen uit de grond.⁹¹

Verweij legde de adviezen van de Gezondheidsraadcommissie voor aan zijn collega van Opvoeding, Wetenschap en Cultuurbescherming, Jan van Dam (geb. 1896). In augustus 1941 zei deze 'dat de tijdsomstandigheden wel een sterkeren invloed hebben op de volwassenen, dan aanvankelijk is vermoed'. Hij vroeg zich af of de toenemende onrust in het onderwijs werd veroorzaakt door 'psychische storingen bij het onderwijspersoneel'. Van Dam, die sympathiseerde met de bezetters, deed een beroep op de commissie medische en criminologische gegevens te verzamelen 'ten einde in staat te zijn om dit element bij de behandeling van verschillende aan mijn oordeel onderworpen gevallen op een juiste wijze te beoordelen, en om tevens bij mijn overleg met de Deutsche autoriteiten in voorkomende gevallen te kunnen aantonen, dat dit element inderdaad een rol speelt'.⁹²

Kersbergen vroeg commissielid John Marius Rombouts (geb. 1892), geneesheer van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort, de situatie in Haarlem te bestuderen. Het bleek dat de Haarlemse scholieren zich niet opstandig gedroegen en 'voor rede vatbaar waren'. Slechts op enkele scholen hadden protestacties plaatsgevonden, bijvoorbeeld toen een joodse leraar werd ontslagen die 'helemaal geen joodse eigenschappen vertoonde'.⁹³

Op 11 oktober 1941 kwam de commissie voor de laatste keer in de oorlog bijeen.⁹⁴ Zij besloot bij secretaris-generaal Van Dam een verzoek in te dienen om het onderzoeksterrein te precisieren.⁹⁵ Desondanks vroeg de commissie enkele kinderrechtvaarders of zij sinds de Duitse bezetting een toename van

de criminaliteit hadden waargenomen. Volgens de ondervraagden gold dit alleen voor kleine criminaliteit als diefstal van levensmiddelen en voedselbonnen. Specifieke informatie over de schooljeugd hadden de rechters niet. Half november 1941 schreef de commissie Verweij dat zij niet over criminologische gegevens beschikte.⁹⁶

Plotsklaps beëindigde de commissie eind 1941 haar werkzaamheden. Over het waarom zwijgen de archieven. Op de eerste vergadering na de bevrijding, op 7 maart 1946, noemde Kersbergen als reden dat de Duitsers en het Medisch Front zich via het departement van Opvoeding, Wetenschap en Cultuurbescherming met het werk van de commissie gingen bemoeien.⁹⁷

5.3.4 Uitoefening van de geneeskunde

De discussie over aanpassing van de Wet van 1865 ging ook onder de Duitse bezetting door. De Gezondheidsraad sprak zich uit over de paramedische beroepen.

Paramedische beroepen

De opleiding en diplomering van heilgymnasten en opticiens waren, ondanks al het gepraat in het interbellum, nog niet wettelijk geregeld. Ook in de oorlog wees de Gezondheidsraad op de al eerder genoemde misstanden. In april 1941 schreef de Commissie inzake taak en positie van de heilgymnasten en masseurs aan secretaris-generaal Verweij dat onbevoegden heilgymnastische cursussen organiseerden. De inspectie kon hier door het ontbreken van een wettelijke regeling niet tegen optreden. De commissie adviseerde een Rijksgedelegeerde af te vaardigen naar de examens van het Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage.⁹⁸

De autoriteiten voldeden in juli 1941 aan dit verzoek. Bovendien kondigden zij op 6 mei 1942 een Basisbesluit voor de paramedische bedrijven af (*Stb.* 87), dat tot doel had de positie van heilgymnasten, masseurs, opticiens en voetverzorgers wettelijk te regelen. Dit diende als grondslag voor nadere uitvoeringsbesluiten, waarvan het eerste werd genomen op 31 augustus 1942 (*Stb.* 168). Dit uitvoeringsbesluit bevatte regels voor de opleiding en examens van de heilgymnasten en masseurs.⁹⁹ Regelingen voor opticiens en voetverzorgers kwamen in de oorlog niet tot stand.¹⁰⁰

5.3.5 De Voedingsraad

Het gezicht van de Gezondheidsraad werd in de oorlog bepaald door de Commissie inzake de voeding. Zij nam, zoals gememoreerd, ruim zeventig procent van de uitgebrachte adviezen voor haar rekening.¹⁰¹ Deze paragraaf geeft een beknopt overzicht van de activiteiten van deze commissie.

Oprichting

De oorlogsdreiging en de zorgelijke voedselsituatie brachten in 1939 gesprekken op gang over de oprichting van een adviescollege voor de voeding.¹⁰² De Duitse invasie dreigde roet in het eten te gooien. Uitvoering van de bestaande plannen stuitte op bezwaren, omdat de instelling van een nieuw orgaan niet zonder medewerking van de bezetters kon plaatsvinden. Directeur-generaal Van den Berg deed een beroep op Kersbergen om binnen de Gezondheidsraad een voorziening te treffen. Kersbergen gaf hieraan gehoor en installeerde een Commissie inzake de voeding, die al snel Voedingsraad werd genoemd.¹⁰³

Doelstellingen en werkwijze

Op de eerste vergadering van de Voedingsraad, op 22 mei 1940, kwam een 'Nota van voorbereiding' aan de orde, die door Van den Berg was opgesteld. Hij betoogde dat het een taak van de overheid was om voor voldoende levensmiddelen te zorgen, voorlichting te geven over de voedselbereiding, toezicht te

houden op de deugdelijkheid van levensmiddelen, wetenschappelijk voedingsonderzoek te verrichten, en de vinger aan de pols te houden wat betreft de voedingstoestand van de bevolking. De overheid kon rekenen op de steun van verschillende organisaties om deze taken uit te voeren, aldus Van den Berg.¹⁰⁴ De Voedingsraad diende 'alle onderdelen van de Overheidszorg voor de volksvoeding (...) samen te brengen. Deze Raad zou van verschillende onderdelen informatie ontvangen, zou moeten trachten het gehele probleem der volksvoeding te overzien en aan de verschillende (...) instanties (distributie, toezicht, voorlichting en onderzoek) de in het belang van de Volksgezondheid noodige richtlijnen moeten geven. Hij zou voorts belast moeten zijn met het voortdurend waken over den voedingstoestand der bevolking, het verzamelen van hetgeen door anderen op dit gebied wordt onderzocht en het daarnaast zoo noodig zelf doen van onderzoekingen naar de voedingstoestand.' De plannen van Van den Berg werden zonder veel discussie als leidraad voor de Voedingsraad aanvaard.¹⁰⁵

In de oorlog richtte de Voedingsraad zijn meeste adviezen tot de directeur-generaal van de Voedselvoorziening, tevens hoofd van het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd, Stephanus Louwe Louwes (1889-1953). Louwes, die een enkele keer de vergaderingen van de Voedingsraad bijwoonde, was in de oorlogsjaren heer en meester op het gebied van de voedselvoorziening.¹⁰⁶ Hij bracht de adviezen van de Voedingsraad bij de Duitse autoriteiten ter sprake.¹⁰⁷ Zoals zal blijken, werden vele voorstellen van de Raad tot beleid verheven.

Voedingsschema's

Nadat in oktober 1939 suiker als eerste levensmiddel in de distributie was gebracht, volgden vanaf juni 1940 thee, koffie, brood, bloem, rijst, boter, margarine, havermout, vermicelli, vlees, kaas, gort, eieren, koffiesurrogaat, melk, en tenslotte in april 1941 aardappelen.¹⁰⁸ Voor vaststelling van de rantsoenen voor verschillende leeftijdscategorieën en vormen van arbeid (normaal, zwaar en zeer zwaar werk) maakten de Duitse autoriteiten gebruik van voedingsschema's die door de Voedingsraad in mei 1940 waren opgesteld. Volgens de Raad moest het voedselpakket van kinderen bestaan uit 15 procent eiwitten, 25 tot 40 procent vet en 45 tot 60 procent koolhydraten. Aan de hand van deze verdeelsleutel werd een aantal menu's samengesteld.¹⁰⁹ De voedingsschema's zouden de basis vormen van vele adviezen van de Voedingsraad.¹¹⁰

Groepsvoeding

De Voedingsraad studeerde op verschillende vormen van groepsvoeding. In de zomer van 1940 drong hij aan op ruime verstrekking van goedkope en voedzame maaltijden door Centrale Keukens. Vanaf oktober 1940, toen de eerste Centrale Keukens opengingen, drukte de Raad sterk zijn stempel op de samenstelling van de maaltijden. Daarnaast informeerde het college keukenpersoneel over de meest geschikte bereidingswijze en oefende het toezicht uit op de hygiëne in de Keukens.¹¹¹

De maaltijden van de Centrale Keukens, die onder de kostprijs werden aangeboden, waren bedoeld voor de minder draagkrachtigen. De hoeveelheid calorieën van de maaltijd was vaak drie maal hoger dan waarop de ingeleverde voedingsbonnen recht gaven.¹¹² De Centrale Keukens werden vanaf 1941 ook ingeschakeld om aan grote groepen arbeiders zogenoemde 'bonloze bijvoeding' te verstrekken. Dagelijks ontvingen gemiddeld 450.000 arbeiders extra voeding van de 140 Centrale Keukens.¹¹³ In de hongerwinter draaiden de Centrale Keukens op volle toeren en daardoor bleef het aantal sterfgevallen beperkt.¹¹⁴

Behalve met de Centrale Keukens hield de Voedingsraad zich ook bezig met de voeding in gevangenissen, werkkampen en gestichten. In 1940 stelde het college richtlijnen op voor de samenstelling van de maaltijden in deze inrichtingen, waar naar verhouding de inkrimping van het broodrantsoen extra hard was aangekomen. De Raad zocht compensatie in toevoeging van extra mineralen en vitaminen aan het middagmaal.¹¹⁵

In 1943 bereikten de Voedingsraad klachten over de voedselvoorziening in gevangenissen. Commissielid Cornelis den Hartog (geb. 1905) deed een onderzoek en ontdekte dat ondervoeding onder gevangenen extreem vaak voorkwam. De maaltijden die aan de gevangenissen werden geleverd bevatten echter voldoende calorieën. De Raad vermoedde dat de gevangenen niet het eten kregen waarop zij recht

hadden. Om malversaties te voorkomen pleitte hij voor verscherpte controle bij de distributie van de maaltijden.¹¹⁶

Tot slot de voedingstoestand van schoolkinderen. In juli 1941 constateerde de Voedingsraad dat in veel arme gezinnen het ontbijt erbij inschoot. De Raad stelde voor om, in navolging van Noorwegen, op school een vitaminerijk ontbijt te geven.¹¹⁷ De autoriteiten wezen dit van de hand.¹¹⁸

Meer succes had de Raad met zijn adviezen over de schoolmelkvoorziening. De betrokken regeling dateerde van voor de oorlog en hield in dat leerplichtige kinderen iedere schooldag een kwart liter melk kregen aangeboden. Omdat het project door de overheid en particuliere organisaties werd gesubsidieerd konden de kosten voor de ouders laag blijven. Aan kinderen uit arme gezinnen werd geen bijdrage gevraagd. Het Centraal Schoolmelkcomité, dat de schoolmelkvoorziening organiseerde, kwam in de oorlogsjaren in financiële moeilijkheden en vroeg in 1941 secretaris-generaal Verweij om een subsidie van f 50.000. De Voedingsraad beval desgevraagd aan de subsidie te verlenen, omdat het van belang was 'dat vele kinderen door melk aanvulling van dierlijk eiwit en vet krijgen'. Verweij volgde de aanbeveling op.¹¹⁹

In 1943 vernam de Raad dat de hoeveelheid melk die via de scholen werd verstrekt, terugliep. Dat weet hij aan een falend distributiesysteem, inkrimping van het melkrantsoen en het feit dat steeds meer ouders weigerden de schaarse melkbonnen, die ook als handelsobject fungeerden, in te leveren voor een glas melk op school.¹²⁰ Het departement van Landbouw en Visserij lanceerde de gedachte om aan alle schoolkinderen gratis melk te geven. De Voedingsraad betuigde zijn instemming met dit plan, onder voorwaarde dat de kinderen de melk op school zouden drinken. Het kwam namelijk steeds vaker voor dat de melk mee naar huis werd genomen, waar ook andere gezinsleden zich erover ontfermden.¹²¹

In 1944 verboden de autoriteiten het mee naar huis nemen van schoolmelk. Het voorstel om de schoolmelkvoorziening uit te breiden werd niet opgevolgd, vooral wegens een tekort aan melk en flesjes. In juni 1944 kwam de schoolmelkvoorziening in West-Nederland door falend transport nagenoeg stil te liggen. De Raad wees de overheid op de mogelijkheid om ter compensatie aan kinderen die minimaal tien procent onder het normale gewicht bleven, 'bonloze maaltijden' te geven.¹²²

Distributie van ziekenvoedsel

Een van de belangrijkste taken van de Voedingsraad was het ontwerpen van een regeling voor de distributie van voedsel voor zieken, waardoor patiënten, of zij nu in ziekenhuizen of thuis werden verpleegd, recht op extra eten kregen. Dit werd opgedragen aan een subcommissie, bijgenaamd de 'kleine commissie', die onder voorzitterschap van Banning stond. Op voorstel van de subcommissie werden de extra rantsoenen voor ziekenhuizen en sanatoria berekend aan de hand van de bezettingsgraad. Deze instellingen moesten iedere maand het aantal verpleegdagen bij de inspectie melden, die de gegevens doorgaf aan de distributiediensten.¹²³ Verder ontwierp de 'kleine commissie' in het najaar van 1940 een 'ziekenvoedselboekje', waarin de hoeveelheden stonden opgesomd die bij de verschillende ziekten bovenop het rantsoen konden worden verkregen. Dit boekje werd opgestuurd aan alle huisartsen, die de extra rantsoenen bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst of bij een vertrouwensarts konden aanvragen. Ook werd in elke provincie een beroepscommissie ingesteld, die bij geschillen als arbiter moest optreden.¹²⁴

Aanvankelijk accepteerden de Duitsers zonder problemen de distributie van ziekenvoedsel. Zij gingen ervan uit dat maximaal een half procent van de totale hoeveelheid voedsel aan de ziekenvoedselregeling werd besteed, maar in 1942 bleek dit vier procent te zijn. De bezetters dreigden met halvering van de extra rantsoenen voor mensen die thuis werden verpleegd. Zij zwichtten echter voor het argument van de Voedingsraad dat de toewijzingen in Duitsland voor vier ziekten hoger waren. Als tegenprestatie drukte de Raad de huisartsen in een circulaire op het hart voorzichtiger met de regeling om te springen. Dat mocht niet baten, zoals zal blijken.

In januari 1943 wilden de Duitse autoriteiten het extra rantsoen voor de ziekenhuizen halveren. De Voedingsraad en het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd protesteerden fel. De bezetters honoreerden de bezwaren en besloten de regeling te handhaven, onder voorwaarde dat 'de toewijzingen, voor welk voedingsartikel dan ook, niet omhoog zouden worden gebracht, als de rantsoeneering der burgerbevolking omhoog zou gaan'. De Voedingsraad ging daarmee akkoord 'mits de

ziekenhuistoewijzingen niet omlaag zouden worden gebracht, als het rantsoen der burgers daalde'. Ook dit was voor de Duitsers acceptabel. Tot de hongerwinter konden de extra voedselleveranties aan ziekenhuizen doorgang vinden. In december 1944 zetten de Duitsers definitief het mes in de regeling: de ziekenhuisrantsoenen voor suiker en boter werden gehalveerd en die van melk sterk beperkt.¹²⁵

De leveranties aan de thuisverpleegden waren al eerder gekortwiekt. In het voorjaar van 1944 dreigden de Duitsers wegens de toenemende voedselschaarste de regeling in te trekken, tenzij er drastisch werd bezuinigd. De Voedingsraad was teleurgesteld dat een deel van de artsen de instructies niet had opgevolgd. Sinds 1942 was het aantal porties boter, melk, eieren, vlees en kaas voor zieken verder gestegen. De Raad zag zich genoodzaakt een bezuinigingsplan te ontwerpen,¹²⁶ dat in de zomer van 1944 gereed kwam en bekendheid kreeg onder de naam 'extra rantsoenen voor zieken bij noodtoestand'. Dit plan onderscheidde twee groepen thuisverpleegden. De eerste groep bevatte patiënten die recht bleven houden op de extra rantsoenen: personen met door tumoren of neurologische aandoeningen veroorzaakte kauw- en slikstoornissen, suikerziekte, tuberculose, maagbloedingen of zeer ernstige maag- en darmstoornissen. De andere patiënten behoorden tot de tweede categorie, wat betekende dat zij onder de 'noodtoestand' niet meer op extra voedsel konden rekenen. In november 1944 werd de gevreesde 'noodtoestand' afgekondigd. De ziekenvoedselregeling voor de thuisverpleegden, die ruim vier jaar had bestaan, behoorde definitief tot het verleden.¹²⁷

Extra voedsel voor andere bevolkingsgroepen

Behalve kinderen en zieken kwamen ook andere bevolkingsgroepen in aanmerking voor extra rantsoenen. Voorbeelden waren: zwangeren, jonge moeders en personen die zwaar of voor de gezondheid schadelijk werk verrichtten. In zijn proefschrift *Tussen ons volk en de honger. De voedselvoorziening, 1940-1945* toonde G.M.T. Trienekens aan dat naast medische ook politieke en economische motieven een rol speelden bij de toewijzing van extra voedsel. Zo werden op gezag van de Duitsers politie-agenten en mijnwerkers begunstigd.¹²⁸

Soms schakelden de autoriteiten de Voedingsraad in om te beoordelen of bepaalde beroeps- of andere bevolkingsgroepen recht hadden op extra voedsel. De Raad adviseerde in 1942 met succes om de verzoeken van de keurmeesters van de Keuringsdiensten van Waren¹²⁹ en de nachtverpleegsters te honoreren.¹³⁰ Een jaar later kregen alle verpleegsters extra rantsoenen toegekend, weer op aanbeveling van de Raad.¹³¹ Daarentegen moesten artsen zich volgens de Voedingsraad tevreden stellen met de normale porties eten.¹³²

Samenstelling van brood

De Voedingsraad rapporteerde geregeld over de samenstelling van brood. Zo beval de Raad in 1941 aan het uitmalingspercentage¹³³ van meel voor brood te verhogen van 70 naar 85 procent. Het college kreeg opnieuw zijn zin.¹³⁴ Van het bepleiten van een verdere verhoging zag de Raad een jaar later af, omdat een onderzoek van het Nederlandsch Instituut voor Volksvoeding had uitgewezen dat dergelijk brood slecht verteerbaar was en nauwelijks meer calorieën bevatte.¹³⁵ In 1943 riep het departement van Sociale Zaken een Volkorenbroodfonds in het leven (*Stb.* 30), met als doel de bevordering van het verbruik van volkorenbrood. De Voedingsraad juichte dit initiatief toe, maar vond wel dat ook ander brood voor de consumenten beschikbaar moest blijven.

De verwerking van vitaminen in brood wees de Raad af. Het brood 'wordt er onnoodig duurder door en de verstrekking is volkomen oncontroleerbaar', aldus het advies. Ook het voorstel van een firma om aardappelen aan brood toe te voegen waardoor het produkt werd verrijkt met eiwitten, voorzag de Raad van een negatief advies.¹³⁶ Omdat de consumptie van melkprodukten afnam, stelde het college wel voor 0,43 procent calciumcarbonaat aan broodmeel toe te voegen. Ook dit advies werd door de autoriteiten opgevolgd.¹³⁷

Een subcommissie van de Voedingsraad publiceerde in 1940 op verzoek van de secretaris-generaal een rapport over de vitaminevoorziening. Daarin viel te lezen dat de aardappel, de belangrijkste vitamine C-bron, niet meer mocht worden gebakken, gestampt, gestoofd of, zonder schil, gekookt, omdat door vermenging met lucht vitamine C verloren ging. Als vervanging van zuidvruchten beval de subcommissie tomaten, zwarte bessen, aardbeien en frambozen aan. Bovendien drong zij aan op het drogen van groenten, om ook in de winter over vitaminerijke produkten te kunnen beschikken.¹³⁸

Desondanks ontstond in de loop van de oorlog een groot tekort aan vitamine C, vooral omdat de import van zuidvruchten praktisch stilviel. De Voedingsraad adviseerde vitamine C in tabletvorm te verstrekken aan zwangeren en schoolkinderen tot veertien jaar.¹³⁹ Na langdurige onderhandelingen met verschillende bedrijven exporteerde de firma Hottmann-La Roche uit Zwitserland begin 1942 130 miljoen tabletten naar Nederland. Op last van de Duitse autoriteiten kwamen ook arbeiders in aanmerking voor de vitamine C-tabletten.¹⁴⁰ De Voedingsraad moest een distributieplan opstellen. Het college stelde voor de tabletten in de lente van 1942 te verstrekken, het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd met de leiding van de distributie te belasten, de gemeenten te verplichten scholen en consultatiebureaus van tabletten te voorzien en verspreiding van tabletten onder gezinsleden tegen te gaan. De Raad sprak tevergeefs zijn ongenoegen uit over het feit dat ook arbeiders, die al konden rekenen op een extra rantsoen aardappelen, de tabletten kregen aangeboden. Huisvrouwen zouden volgens hem meer recht op de tabletten hebben.¹⁴¹ De distributie van vitamine C-tabletten was een groot succes en werd in het voorjaar van 1943 en 1944 herhaald. De Raad vond het niet gewenst de regeling in deze volgende ronden tot andere bevolkingsgroepen uit te breiden en hij adviseerde met succes de distributie te beperken tot de meest kwetsbare bevolkingsgroepen.¹⁴²

Ook vitamine D werd in tabletvorm verstrekt, omdat rachitis door een tekort aan levertraan meer slachtoffers begon te eisen. De Voedingsraad beval Verweij in 1941 aan f 100.000 beschikbaar te stellen voor de aanmaak van vitamine D-tabletten en voor de uitwerking van een distributieplan.¹⁴³ De secretaris-generaal volgde dit voorstel met spoed op. De Geneeskundige Inspectie ontwierp het distributieplan. De tabletten werden kosteloos en via Gemeentelijke Geneeskundige Diensten en kruisverenigingen verstrekt aan kinderen van zes maanden tot drie jaar en aan zwangeren.¹⁴⁴ Begin 1942 meldde de Voedingsraad dat tachtig tot negentig procent van de kinderen de tabletten had ontvangen.¹⁴⁵ In de volgende oorlogsjaren werd de distributie herhaald. Door deze geslaagde campagne steeg het aantal gevallen van rachitis in de Tweede Wereldoorlog niet verder.¹⁴⁶

De Voedingsraad op politiek terrein

In 1943 opperden de bezetters het plan stamkaarten van personen die waren vrijgesteld van tewerkstelling in Duitsland van een stempel te voorzien. Met de stamkaart konden onder meer de distributiebescheiden worden afgehaald. De maatregel, bedoeld om het verzet tegen het werken in Duitsland te breken, werd op initiatief van De Langen in mei 1943 door de Voedingsraad besproken. Dit tot ongenoegen van Bruyning, die vond dat de Voedingsraad zich niet met politieke aangelegenheden moest inlaten. De Raad nam deze kritiek voor kennisgeving aan,¹⁴⁷ en wees het plan af, met als argument dat de maatregel ernstige gevolgen zou hebben voor de voedingstoestand in de getroffen gezinnen:

‘Immers, wordt deze maatregel ingevoerd, dan zal een aantal arbeiders verstoken blijven van de mogelijkheid zich op regelmatige en wettige wijze levensmiddelen te verschaffen. Oogenschoonlijk treft dit alleen henzelf. Om begrijpelijke redenen zullen zij echter toch van voedsel voorzien worden en wel ten koste van hunne familie, vrouwen en kinderen, die daardoor bij de reeds onvoldoende geachte voeding in een bedenkelijken toestand van ondervoeding zullen geraken. Er zullen uit den maatregel dus hoogst ernstige gevolgen voortvloeien voor de volksgezondheid, die nimmer in de bedoeling van de ontwerpers kunnen hebben gelegen.’

Bovendien zou volgens de Raad ‘den afkeurenswaardigen zwarten handel’ toenemen.¹⁴⁸ Verweij antwoordde het college dat hij de bezwaren voor een groot deel onderschreef en contact zou opnemen met de Duitse autoriteiten.¹⁴⁹ De bezetters hielden voet bij stuk. De uitvoering van het plan liep echter op een mislukking uit, omdat de Nederlandse ambtenaren niet meewerkten.¹⁵⁰

Voedingstoestand

In het najaar van 1940 stelde de Voedingsraad een subcommissie in voor bestudering van de voedings- en gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Het onderzoek van deze zogenoemde Polscmissie¹⁵¹ strekte zich uit over ruim 1900 gezinnen, 50.000 schoolkinderen en 8000 in gestichten verpleegde kinderen.¹⁵² Verweij trok in 1941 f 48.000 voor het project uit.¹⁵³ De Polscmissie, die onder voorzitterschap stond van Eijkel, informeerde de Voedingsraad geregeld over de voedingstoestand van de bevolking. De onderzoeksresultaten waren voor de Raad aanleiding de noodklok te luiden.¹⁵⁴ In januari 1944 rapporteerde de Polscmissie over de algemene gezondheidstoestand in Nederland in de jaren 1913-1918 en 1939-1943. Dit verslag, op verzoek van de Duitsers opgesteld, sprak van een zorgelijke situatie rond de voedselvoorziening in vooral de steden.¹⁵⁵

Na de bevrijding begon de Polscmissie met de bewerking van de vele gegevens. Het eindverslag verscheen in 1953.¹⁵⁶ Daarin werd geconcludeerd dat in de oorlogsjaren vooral de calorische waarde van het voedselpakket aan de magere kant was geweest, in het bijzonder door een tekort aan vet.¹⁵⁷ Overigens gaf het eindrapport een positiever beeld van de voedingstoestand dan de voorlopige verslagen uit de oorlog. Volgens commissielid Den Hartog waren deze opzettelijk te somber van toon:

'In gevallen waar de voedingstoestand gunstiger was dan de bezettende autoriteiten meenden, waren de rapporten nietszeggend, zodat geen conclusies gemaakt konden worden, die nadelig voor de bevolking zouden kunnen uitvallen.'¹⁵⁸

Het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad

De voorlichting over voeding berustte in de jaren dertig bij particuliere organisaties, die werden gesubsidieerd door de overheid.¹⁵⁹ In de oorlog groeide de behoefte aan informatie. De kersverse Voedingsraad stelde een Commissie van bijstand in, onder leiding van Banning, waarin het particulier initiatief vertegenwoordigd was. Deze subcommissie publiceerde artikelen over de voedselbereiding en adviseerde over de samenstelling van de maaltijden die in de Centrale Keukens en andere inrichtingen werden geserveerd.¹⁶⁰ De voedingsvoorlichting nam zoveel tijd in beslag, dat de Voedingsraad in het najaar van 1940 besloot een Voorlichtingsbureau op te richten.

Voor het directeurschap van het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad dienden zich verscheidene kandidaten aan. Onder hen bevond zich privaat-docent in de voedingsleer en hoofdredacteur van het tijdschrift *Voeding* Eduard Gerrit van 't Hoog (geb. 1895). Deze fervente NSB-er, lid van de Commissie van bijstand, gold in die dagen als de belangrijkste deskundige op het terrein van de voedingsvoorlichting. Zijn sollicitatie had geen kans van slagen, omdat de Voedingsraad op deze cruciale positie geen NSB-er wilde benoemen.¹⁶¹ Hoofdinspecteur Banning schoof de op dat moment vrij onbekende 35-jarige huisarts Den Hartog naar voren,¹⁶² die in januari 1941 in de functie van inspecteur in algemene dienst als directeur van het Voorlichtingsbureau werd aangesteld. Van 't Hoog tekende protest aan tegen deze gang van zaken en sprak van een anti-Duitse daad. De Duitse autoriteiten gingen evenwel een conflict met de Voedingsraad uit de weg en accepteerden de verrassende benoeming.¹⁶³

Het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad, dat in het pand van de Gezondheidsraad gehuisvest werd, ontving subsidie van het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd.¹⁶⁴ Een van de belangrijkste activiteiten van het Bureau, dat zich op zijn beurt liet voorlichten door de Commissie van bijstand, was het opstellen van persberichten en folders waarin huisvrouwen werd geleerd hoe met het beschikbare voedsel een zo voedzaam mogelijke maaltijd kon worden bereid.¹⁶⁵ Ook radio en bioscoop werden door het Bureau benut. Bovendien demonstreerden kookleraressen de aanbevelingen in winkels verspreid over het hele land. Het Voorlichtingsbureau, dat nauw samenwerkte met het particulier initiatief, testte daarnaast nieuwe voedingsmiddelen¹⁶⁶ en organiseerde tentoonstellingen waar de onbekende maar voedzame produkten onder de aandacht van de bevolking werden gebracht.¹⁶⁷ Tot slot stelde het Bureau, in samenwerking met het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd, de menu's samen voor de Centrale Keukens en de bedrijfskeukens en controleerde zij de hygiënische omstandigheden in deze instellingen. Dit alles werd gecoördineerd door Den Hartog, die stad en land afreisde om tientallen lezingen te houden.¹⁶⁸

De Voedingsraad in het bevrijde zuiden

In september 1944 werd Zuid-Nederland bevrijd. Van den Berg wist op 22 september dit gebied te bereiken. Hij vestigde zich in Eindhoven, waar hij, buiten medeweten van de Nederlandse autoriteiten in Londen, een afdeling Volksgezondheid van het ministerie van Sociale Zaken oprichtte. In feite trad hij nu weer op als directeur-generaal. Een van zijn eerste daden was de installatie op 3 november van de zuidelijke Voedingsraad. Dit college werd geconfronteerd met een door de oorlogshandelingen rampzalige voedselvoorziening in het zuiden.

De zuidelijke Voedingsraad heeft zich, onder voorzitterschap van Van den Berg, op tal van punten onderscheiden. Zo ontwierp dit college een regeling voor de verstrekking van voedsel aan zieken en ook personen die zwaar werk verrichtten, konden op extra rantsoenen rekenen. Toen de grootste problemen waren opgelost, werd de blik op het bezette gebied gericht. Op aandrang van de zuidelijke Voedingsraad werden 'voedseldroppings' voorbereid en de aanvoer van levensmiddelen uit Zweden en Portugal bespoedigd. De Voedingsraad overlegde met voedingsdeskundigen van de geallieerden over de te nemen maatregelen. Uiteindelijk werd besloten 51 voedselteams te formeren, die, als onderdeel van het Rode Kruis, samen met het bevrijdingsleger het bezette gebied moesten intrekken. Deze teams waren speciaal opgeleid voor de behandeling van ernstig ondervoede personen. Zij bestonden uit een arts en veertien hulpkrachten. Burger, een van de leden van de zuidelijke Voedingsraad, kreeg de leiding van de voedselteams.¹⁶⁹

Hongerwinter

De mislukte doorbraakpoging van de geallieerden in september 1944 bracht de voedselvoorziening in nog groter gevaar. Op 17 september had de Nederlandse regering, ter ondersteuning van de militaire operaties, een algemene spoorwegstaking uitgeroepen. De Duitsers reageerden met een tijdelijk verbod van het vervoer van voedsel naar West-Nederland. Ook namen zij alle middelen van vervoer in beslag. De bevolking van de Randstad, vaak verstoken van elektriciteit, gas, zeep en onvoldoende gekleed, moest onder barre weersomstandigheden hongertochten ondernemen om de maaltijd van suikerbieten, tulpebollen en brood van zeer slechte kwaliteit aan te vullen. Het officiële rantsoen daalde van 1300 calorieën per dag in oktober 1944 tot 230 eind april 1945. Toen de voedselvoorraad bijna op was, boden de 'voedseldroppings', die op 29 april begonnen, uitkomst. De 'vliegende kruideniers' stortten in totaal 110 miljoen ton voedsel uit boven Nederland. Voor vele tienduizenden personen kwam de bevrijding juist op tijd. De voedselteams trokken naar de meest geteisterde plaatsen en grote hoeveelheden voedsel werden aangevoerd. Het resultaat was dat reeds op 15 mei het aantal sterfgevallen aan ondervoeding daalde. De hongerwinter had in West-Nederland 15.000 dodelijke slachtoffers gemaakt, terwijl er 80.000 gevallen van hongeroedeem werden geregistreerd.¹⁷⁰

Voor de Voedingsraad was het wrang te moeten aanschouwen hoe de opgebouwde infrastructuur als een kaartenhuis ineenstortte. Door de spoorwegstaking konden alleen de leden uit de omgeving van Den Haag de vergaderingen bijwonen. Deze bijeenkomsten stonden onder voorzitterschap van Eijkel.¹⁷¹ Adviezen werden nauwelijks nog uitgebracht. De commissieleden beperkten zich veelal tot het testen van de 'lekkernijen' die in de proefkeuken van het Voorlichtingsbureau werden bereid. Den Hartog serveerde ongezuiverde raapolie, suikerbieten, aardappelplakmeel, dahliaknollen, tulpebollen, tarwegluten en koolzaadschroot. De Raad stelde enkele recepten op en gaf de Centrale Keukens in overweging aardappelplakmeel, dat onder normale omstandigheden voor de aanmaak van behangsellijs werd gebruikt, als bindmiddel in te zetten. Per liter soep was volgens de deskundigen vijftig gram nodig. Na tien minuten krachtig roeren zouden de klonten verdwijnen, aldus het recept. De dahliaknollen vielen bij de commissieleden in de smaak. Aan het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd werden in maart 1945 recepten afgeleverd voor dahliaknollensoep; gekookte en gebakken dahliaknollen; dahliaknollen met een zure of pikante saus; slaatjes, stoofpot of stampot van dahliaknollen.¹⁷² De voedingswaarde van dahliaknollen was gering, maar dat betekende weinig toen de hongerwinter eenmaal op zijn hoogtepunt was.

6 IMPASSE: 1945-1955

De Gezondheidsraad wist zijn vooroorlogs prestige in het decennium na afloop van de Tweede Wereldoorlog niet goed te herwinnen. De Raad toonde weinig fut en de regering gaf het college weinig armslag zolang de nieuwe organisatie van de gezondheidszorg nog niet vaststond. Die organisatie kreeg haar beslag in de Gezondheidswet van 1956. Het eindpunt van dit hoofdstuk is 1 april 1955, toen Wester de voorzittershamer van de Gezondheidsraad in handen nam. Onder zijn leiding sloot de Raad de magere jaren af.

6.1 DE ORGANISATIE

De eerste tien naoorlogse jaren stonden in het teken van discussies over reorganisatie van de gezondheidszorg. Deze mondden uit in de Gezondheidswet van 1956. Omdat de Gezondheidsraad bijna geruisloos in deze wet 'overging', volgt hier slechts een beknopt relaas van de totstandkoming van deze regeling.¹

6.1.1 De Gezondheidswet van 1956

Een reeks van deskundigen pleitte na afloop van de Tweede Wereldoorlog voor herziening van het stelsel van gezondheidszorg, vastgelegd in de Gezondheidswet van 1919. In het interbellum was het zwaartepunt van het volksgezondheidsbeleid komen te liggen bij particuliere organisaties die geen wettelijke status hadden en los van elkaar en van de rijksoverheid opereerden. Al in de jaren dertig spraken verschillende maatschappelijke en politieke groeperingen zich ten gunste van een reorganisatie van de gezondheidszorg uit.² Het zogenoemde orderingsdebat kwam na de Tweede Wereldoorlog in een stroomversnelling. Het peil van de volksgezondheid was gezakt en de infrastructuur van de gezondheidszorg ontwricht. Minister W. Drees (1886-1988) van Sociale Zaken installeerde in het najaar van 1945 de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, waarin ambtenaren en vertegenwoordigers van particuliere organisaties benoemd werden. Zij kreeg tot taak te adviseren over 'dagelijksche beleidsvragen op het gebied van de volksgezondheid' en over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg, waarbij het opstellen van een ontwerp voor een nieuwe Gezondheidswet het hoofddoel was. Ook moest zij het contact verzorgen tussen de rijksoverheid en 'verschillende bij de volksgezondheid betrokken organisaties'. Naast de Centrale Commissie zag Drees een plaats voor de Gezondheidsraad, maar dan wel als puur wetenschappelijk adviesorgaan.³ Deze keuze berustte vermoedelijk meer op praktische dan op principiële gronden: de Gezondheidsraad moest geen activiteiten ondernemen die, in het kader van de wederopbouw van het gezondheidszorgstelsel, toevielen aan de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid.

Helemaal duidelijk was de beoogde taakverdeling tussen Centrale Commissie en Gezondheidsraad echter niet. De Tweede Kamer zette vraagtekens bij de oprichting van een tweede adviescollege. Zo vroeg PvdA-afgevaardigde De Vries-Bruins zich in december 1945 af of de Centrale Commissie als een 'illegale Gezondheidsraad' moest worden beschouwd. In dat geval moest volgens haar de Gezondheidsraad het veld ruimen.⁴ De bewindsman erkende dat ook hij betwijfelde 'of wij op den duur twee dergelijke organen naast elkaar zouden moeten hebben'.⁵ Een jaar later liet hij doorschemeren een fusie van de Gezondheidsraad met de Centrale Commissie niet uit te sluiten.⁶

De schijnwerper viel in deze periode meer en meer op de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, terwijl de Gezondheidsraad in de schaduw bleef. De Centrale Commissie, die geen wettelijke grondslag kende en die gebruik maakte van het secretariaat van de Gezondheidsraad, stond tot maart 1947 onder leiding van directeur-generaal Van den Berg. Hij droeg de voorzittershamer over aan J.J. Brutel de la Rivière, die de functie lange tijd combineerde met het voorzitterschap van de Gezondheidsraad. De Centrale Commissie bracht in de eerste jaren van haar bestaan vele adviezen uit over spoedeisende beleidskwesties, waaronder maatschappelijke vraagstukken, zoals de uitoefening van de geneeskunde, die van oudsher op de agenda van de Gezondheidsraad prijken.

De hoofdtaak van de Centrale Commissie was het ontwerpen van een nieuwe Gezondheidswet.⁷ Een subcommissie maakte een aanzet voor een wetsvoorstel waarin een Centrale Raad voor de Volksgezondheid ten tonele werd gevoerd. Die zou twee afdelingen moeten hebben; in één daarvan moest de Gezondheidsraad opgaan.⁸ De Centrale Commissie nam deze suggestie niet over. In een in maart 1950 aan minister A.M. Joekes (1885-1962) aangeboden wetsontwerp drong zij erop aan de Gezondheidsraad als onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan te handhaven en daarnaast een Centrale Raad voor de Volksgezondheid met verordenende bevoegdheden in te stellen, die zich over maatschappelijke, organisatorische en wettelijke vraagstukken moest buigen. De Centrale Commissie pleitte voor sterke vertegenwoordiging van particuliere organisaties, gemeenten en provincies in het nieuwe college. De invloed van de rijksoverheid moest beperkt blijven. De Centrale Commissie zag verder een plaats voor Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, bestaande uit ambtenaren en afgevaardigden van particuliere organisaties, met als taak in hun ambtsgebied de werkzaamheden op het gebied van de volksgezondheid te stimuleren en te coördineren. Ook moesten zij het provinciaal bestuur met raad en daad terzijde staan.⁹

Minister J.G. Suurhoff (1905-1967) van Sociale Zaken en Volksgezondheid¹⁰ nam de kern van deze voorstellen over in de ontwerp-Gezondheidswet, die hij in april 1953 bij de Tweede Kamer indiende. Uitzondering was dat de bewindsman de taak van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid beperkt zag tot enerzijds advisering en anderzijds bevordering van de samenwerking tussen 'Onze Minister en de openbare lichamen en andere rechtspersonen, diensten en instellingen, welke zelf of wier leden werkzaam zijn op het gebied van de volksgezondheid'. Toekenning van verordenende bevoegdheden vond Suurhoff te ver gaan. De passages over de Gezondheidsraad en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid borduurden voort op de Gezondheidswet van 1919. De taak van de Gezondheidsraad werd beperkt tot voorlichten 'over de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid'.¹¹

Onenigheid over de samenstelling van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid vertraagde de afhandeling van het wetsontwerp. Suurhoff wilde, in navolging van de Centrale Commissie, ook zetels toewijzen aan vertegenwoordigers van gemeenten en provincies. Een mogelijke consequentie van deze opzet was dat de particuliere organisaties met een minderheidspositie genoeg moesten nemen. Dit schoot de confessionele partijen en de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) in het verkeerde keelgat. Zij pleitten in het Voorlopig Verslag, uit oktober 1953, voor minstens pariteit tussen overheidsdienaren en vertegenwoordigers van het particulier initiatief.¹² De sociaal-democratische bewindsman wenste geen duimbreed toe te geven. In de Memorie van Antwoord, verschenen in december 1954, schreef hij dat de wettekst die pariteit niet uitsloot.¹³ Dat overtuigde de Kamer niet. Tijdens het plenaire debat in maart 1955 eiste de woordvoeder van de Katholieke Volkspartij (KVP) Chr.J.M. Mol (1892-1979), tevens voorzitter van het Wit-Gele Kruis, bij motie de garantie dat het particulier initiatief in de colleges minimaal de helft van de zetels zou krijgen. Toen de motie met 47 tegen 26 stemmen werd aangenomen, schorste Suurhoff de beraadslagingen en riep hij het derde kabinet-Drees (1952-1956) voor spoedoverleg bijeen.¹⁴

De bewindsman kreeg onvoldoende steun van de regering. Noodgedwongen wijzigde hij het wetsontwerp in die zin, dat de Centrale Raad en de Provinciale Raden volgens een 'pariteitsleutel' zouden worden samengesteld.¹⁵ Op 2 november 1955 aanvaardde een overgrote meerderheid van de Tweede Kamer het nieuwe ontwerp.¹⁶ De Eerste Kamer volgde ruim twee maanden later.¹⁷ De Gezondheidswet werd vastgesteld op 18 januari 1956 (*Stb.* 81) en trad op 1 december 1957 in werking.¹⁸ De installatie van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid vond plaats op 28 april 1958.¹⁹

6.1.2 Het voorzitterschap

Op 1 februari 1947 droeg de 73-jarige Kersbergen het voorzitterschap van de Gezondheidsraad over aan Jean Jacques Brutel de la Rivière (1885-1972), die ook aan het hoofd werd gesteld van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid.²⁰

Brutel de la Rivière, geboren in Assen als zoon van een leraar wiskunde, behaalde in 1912 zijn artsdiploma.²¹ Hij specialiseerde zich in de chirurgie en vertrok in 1916 naar Nederlands-Indië, waar hij een praktijk begon. Tien jaar later keerde hij terug naar Nederland. In 1930 vestigde hij zich als schoolarts

in Deventer, een functie die hij tot 1947 uitoefende. Brutel de la Rivière, die in 1932 promoveerde op het proefschrift: *Allergische huidreacties bij niet allergische personen*, kreeg in de Tweede Wereldoorlog nationale bekendheid, toen hij de verzetsorganisatie Medisch Contact in het leven riep. Na de bevrijding had hij een belangrijk aandeel in de heroprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, waarvan hij in de jaren 1945-1946 voorzitter was en in maart 1947 erelid werd. Kort voor laatstgenoemd tijdstip was hij full-time in dienst getreden bij de Gezondheidsraad en de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid. Deze combinatie van functies viel hem zwaar: in september 1951 gaf de 66-jarige Brutel de la Rivière te kennen per 1 november met pensioen te willen gaan.²²

Staatssecretaris Muntendam²³ stelde binnen een week een profielschets voor de opvolger op. De bewindsman vond dat uit financiële overwegingen het voorzitterschap van de twee adviesorganen in één hand moest blijven. Bovendien bood 'één der beide functies (...) geen volwaardige werkkring', aldus Muntendam. Hij sprak een voorkeur uit voor een arts met bestuurlijke kwaliteiten en 'een zodanig wetenschappelijk inzicht, dat men leiding kan geven aan de meest uiteenlopende commissies van vooraanstaande wetenschappelijke werkers' uit de Gezondheidsraad. Met het oog op de Centrale Commissie moest de kandidaat bovendien thuis zijn in de sociale geneeskunde en de organisatie van de gezondheidszorg. Muntendam vond dat laatste essentieel, omdat in zijn ogen de Centrale Commissie 'ten minste van even groot belang' was als de Gezondheidsraad. De staatssecretaris presenteerde een lijst met tien kandidaten, onder wie veel sociaal-geneeskundigen.²⁴ Toen de genomineerden van de functie afzagen, moest het departement naar een noodoplossing uitzien.²⁵ Brutel de la Rivière toonde zich bereid voorlopig als voorzitter van de Centrale Commissie aan te blijven.²⁶ Tot zijn opvolger bij de Gezondheidsraad werd uiteindelijk benoemd Pieter Adrianus van Luijt (1886-1954).²⁷

Van Luijt, in Lexmond geboren, besloot, na kort werkzaam te zijn geweest als onderwijzer, geneeskunde te gaan studeren.²⁸ Hij werd arts in 1914 en daarna volgde zijn aanstelling tot officier van gezondheid bij de Koninklijke Landmacht. In 1920 trad hij in dienst bij de Arbeidsinspectie, waar hij in 1936 werd benoemd tot medisch adviseur. Daardoor werd hij ambtshalve lid van de Gezondheidsraad, waarin hij actief was in de Commissie voor algemeene en sociale hygiëne. Van Luijt bleef de Arbeidsinspectie 31 jaar trouw en ging op 1 november 1951 met pensioen. Enkele maanden later honoreerde hij het verzoek van Muntendam weer in overheidsdienst te treden, nu in hoedanigheid van voorzitter van de Gezondheidsraad.²⁹ Van Luijt stond slechts kort aan het roer. Hoewel hij op papier tot aan zijn dood in oktober 1954 voorzitter bleef, moest hij wegens ziekte vanaf september 1953 geregeld zijn functie neerleggen. Tijdens zijn afwezigheid trad Brutel de la Rivière als waarnemend voorzitter op.³⁰

Ook de opvolging van Van Luijt verliep moeizaam. Pas in januari 1955 werd de naam bekend gemaakt van de nieuwe voorzitter. Het was de 54-jarige medisch adviseur bij de Rijksverzekeringsbank Jan Wester (1901-1985), die ook werd benoemd tot voorzitter van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid. Hij aanvaardde zijn functies per 1 april 1955.³¹

6.1.3 Samenstelling

In de oorlog was het aantal leden van de Gezondheidsraad sterk gedaald. Met uitzondering van de herbenoeming van twee joodse leden had Kersbergen geen initiatieven genomen om het ledenbestand van de Raad aan te vullen. De ledenlijst van januari 1946 telde 41 namen, een absoluut laagtepunt in de geschiedenis van de Raad. Onder de leden bevonden zich naast wetenschappers nog steeds vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties. Brutel de la Rivière vond deze samenstelling niet meer in overeenstemming met het feit dat de Gezondheidsraad zich, nu de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid was opgericht, ging beperken tot wetenschappelijke aangelegenheden. Hij begon in 1948 met het maken van een nieuwe ledenlijst, die bij K.B. van 3 februari 1950 (*Stb.* 20) werd vastgelegd. Professionele en maatschappelijke organisaties zijn sindsdien niet meer in de Raad vertegenwoordigd.³²

6.1.4 Secretariaat

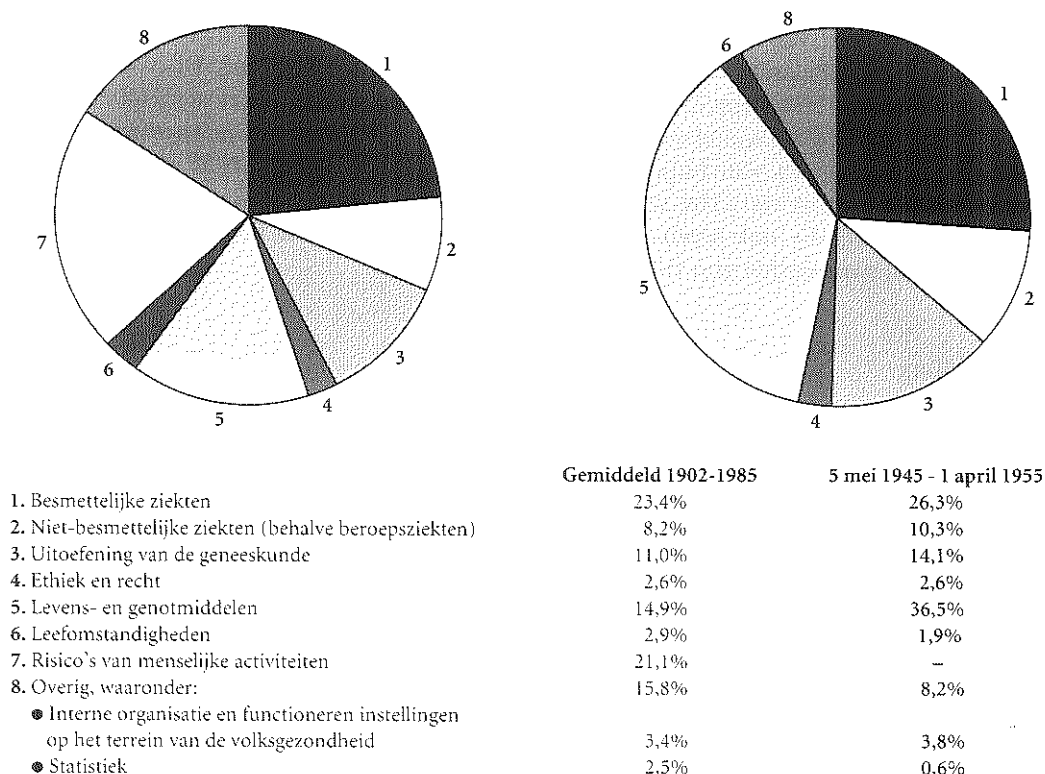
De leiding van het secretariaat berustte tot 1 mei 1947 bij referendaris Minkema. Zijn opvolger, de arts V.M.J. Kettlitz, werd in 1948 bevorderd tot secretaris. Het secretariaat van de Raad bleef ook in de naoorlogse jaren onderbezet. Hoewel het secretariaat het drukker kreeg door de dienstverlening aan de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, stelde de regering geen geld beschikbaar voor uitbreiding van het personeelsbestand.³³ Een van de gevolgen was dat de Raad geen jaarverslagen over de jaren 1947-1956 kon uitbrengen.

Tot overmaat van ramp werd het secretariaat getroffen door een financieel schandaal. Uit controle van de kasboeken in 1946 bleek dat een adjunct-commies bijna een ton aan overheids subsidie had verduisterd.³⁴ Vooral geld voor het onderzoek van de Polscommissie bleek verdwenen.³⁵ De adjunct-commies, na Minkema de hoogste in rang op het secretariaat, werd op staande voet ontslagen en hem wachtte een gevangenisstraf.³⁶

6.2 DE ADVIEZEN

De Gezondheidsraad bracht in de periode 1945-1955 156 adviezen uit. Daarvan kwam ruim 35 procent op conto van de Voedingsraad. Deze Raad sprak zich opnieuw uit over de voedingstoestand, de voedselvoorziening en de kwaliteit en samenstelling van voedingsmiddelen. Dit blijft hier onbesproken.³⁷

Verder domineerden de thema's 'preventie en bestrijding van (besmettelijke) ziekten' en 'uitoefening van de geneeskunde' de agenda van de Gezondheidsraad in de naoorlogse jaren. Deze onderwerpen staan op de volgende bladzijden centraal en verder wordt kort aandacht besteed aan de adviezen over hoornvliestransplantatie.



Adviezen Gezondheidsraad 5 mei 1945 - 1 april 1955.

6.2.1 Pokkenvaccinatie opnieuw in beeld

De discussie over de pokkenvaccinatie was verstomd na het van kracht worden van de Inentingswet in 1940 en het uitbreken van de Tweede Wereldoorlog. Tekenend was dat de Encefalitiscommissie van de Gezondheidsraad sinds 1936 op non-actief stond. Na de bevrijding laaide het debat al spoedig weer op, maar de Raad liep daarbij in eerste instantie achter de feiten aan.

De jaren 1945-1950

In het voorjaar van 1947 braken in Engeland en België kleine pokkenepidemieën uit. Nederland werd bedreigd vanuit Luik, waar 26 personen pokken kregen. De geneeskundig inspecteurs van Limburg, Noord-Brabant en Zeeland kwamen in allerijl bijeen. Zij vonden dat vaccinatie moest worden bevorderd, vooral onder personen die waren geboren tussen 1928, toen de vaccinatieplicht werd opgeschort, en 1940, het jaar van inwerkingtreding van de Inentingswet. Hoofdinspecteur Banning gaf zijn fiat aan het voorstel.

De geneeskundig inspecteur van Noord-Brabant, Petrus Joseph Victor van Wesemael, voerde een ware kruistocht tegen pokken. In april riep hij in een circulaire de burgemeesters in zijn provincie op de bevolking te waarschuwen. Hij hoopte dat iedereen zich liet inenten, ook alle personen ouder dan twee jaar. Van Wesemael schreef:

‘Hier moet echter wel worden gewezen op de kleine kans, dat bij 1 op de 4000 gevaccineerden een hersenaandoening kan optreden. Nu echter een pokkenepidemie dreigend in onze onmiddellijke nabijheid woedt, is deze ingreep echter volkomen verantwoord, zoowel voor medicus als patiënt.’³⁸

De directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Tilburg, E.M. Ausems, steunde Van Wesemael. Hij deed een klemmend beroep op de Tilburgse artsen en schoolbesturen om de vaccinatie te bevorderen. In een paar weken tijd groeide Tilburg uit tot de best beveiligde stad tegen pokken; het was de enige plaats waar alle schoolkinderen werden ingeënt. De prijs was hoog: terwijl pokken de Nederlandse grens niet passeerden, kregen 26 kinderen in Tilburg encefalitis, in twee gevallen met dodelijke afloop. De slachtoffers waren tussen de zeven en zestien jaar oud. In deze leeftijdsgroep resulteerde één op de zeventien vaccinaties in hersenontsteking.³⁹

Het Staatstoezicht in Limburg en Zeeland was voorzichtiger en beval alleen vaccinatie aan van babies en van personen die al eerder waren ingeënt.⁴⁰ Door de zeldzaamheid van primovaccinaties (eerste vaccinaties) bij personen boven de twee jaar bleef het aantal encefalitisgevallen in deze provincies beperkt.⁴¹

De gebeurtenissen in Tilburg plaatsten de pokkenvaccinatie weer in het middelpunt van de belangstelling. Ook de Gezondheidsraad schrok op. In juni 1947 riep Brutel de la Rivière de Encefalitiscommissie bijeen.⁴² De commissie kritiseerde het in Noord-Brabant en vooral Tilburg gevoerde beleid. Zij adviseerde als richtlijn te aanvaarden ‘dat niet tot vaccinatie van kinderen ouder dan 2 jaar zal worden overgegaan, tenzij direct pokkengevaar aanwezig is, terwijl ook in dat geval nog tegen elkaar afgewogen zal moeten worden het gevaar dat van de zijde van de pokken dreigt en het gevaar dat de inenting met zich mede brengt’. Deze afweging moest niet aan plaatselijke autoriteiten, maar aan de Geneeskundige Inspectie worden overgelaten, aldus de commissie. Zij verwachtte dat de inspectie bij haar te rade zou gaan.

De commissie betreurde het niet te zijn ingeschakeld bij het onderzoek onder encefalitispatiënten. Voor de oorlog was het gebruik dat de inspectie de zogenoemde ‘kleine commissie’ uit de Encefalitiscommissie binnen één dag op de hoogte stelde van een geval van hersenontsteking. Deze subcommissie⁴³ controleerde dan de diagnose. Het onderzoek in Noord-Brabant was door de inspectie zelf verricht. De commissie bepleitte herstel van de oude verhoudingen en brak in feite een lans voor zichzelf.⁴⁴

De door de autoriteiten herontdekte Encefalitiscommissie kreeg loon naar werk. Midden 1947 ontving zij van minister Drees het verzoek weer gevallen van encefalitis te gaan onderzoeken. Zij hield zich verder desgevraagd bezig met advisering over onderzoekssubsidies, de uitvoeringsvoorschriften van de Inentingswet, de immuniteitsreactie na vaccinatie, en de mogelijke invoering van een vaccinatieplicht. Over dit laatste vraagstuk vroeg minister Joekes de Raad in april 1949 om advies, naar aanleiding van de constatering van hoofdinspecteur Banning dat door uitbreiding van het luchtverkeer sommige

beroepsgroepen, zoals douaniers, een verhoogd risico liepen met pokkenpatiënten in aanraking te komen. De commissie was tegen verplicht inenten van leden van risicogroepen; het encefalitisgevaar was er te groot voor. Wel drong zij aan op intensivering van de inentingscampagnes.⁴⁵

Een klein jaar later vroeg minister Joekes het oordeel van de Raad over het voorstel van de hoogleraar in de tropische hygiëne Johannes Ernst Dinger (geb. 1892) om pokkenvaccinatie bij zuigelingen verplicht te stellen. Dinger vond de kans reëel dat een pokkenepidemie uit bijvoorbeeld Indonesië naar Nederland zou overslaan. Door primovaccinaties tot het eerste levensjaar te beperken werden volgens hem twee vliegen in één klap geslagen: minder pokken en minder encefalitis.⁴⁶ De Encefalitiscommissie wees dit voorstel van de hand. Zij verwachtte dat men bij import van pokken kon volstaan met isolering van patiënten, inenting van zuigelingen en herinenting. Een vaccinatieplicht leek de commissie overbodig, omdat de Inentingswet volgens haar naar behoren functioneerde: per honderd levend geboren was het aantal vaccinaties gestegen van 36 in 1946 naar 69 in 1948. In Duitsland, met zijn vaccinatieplicht, lag dit percentage rond de 75. Met andere woorden, dwang zou het inentingspercentage nauwelijks verhogen, aldus de commissie.⁴⁷ Joekes zag in het advies geen aanleiding het overheidsbeleid te wijzigen.

De pokkenepidemie in Tilburg

Op 24 april 1951 ontving de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Tilburg een melding dat in de stad een zeer besmettelijke vorm van waterpokken was waargenomen. Directeur Ausems twijfelde aan de juistheid van het bericht. Na spoedberaad met geneeskundig inspecteur Van Wesemael, die zich op zijn beurt in verbinding stelde met hoofdinspecteur Banning, besloot Ausems Jacques Dirk Verlinde (geb. 1910), hoogleraar in de microbiologie in Leiden en hoofd van de afdeling Bacteriologie en Experimentele Pathologie van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, te vragen de blaasjes en korsten bij de bewuste patiënten te onderzoeken. Op 29 april ontving Ausems de bevestiging van wat hij al vreesde: het ging om pokken. Inmiddels was de bewegingsvrijheid van de leden van de betrokken gezinnen door de lokale overheid beperkt tot huis en tuin en was omgang met andere personen verboden.

Op 30 april toog een groep deskundigen, onder leiding van Banning en Verlinde, naar Tilburg. In overleg met Ausems namen zij de volgende besluiten: zo spoedig mogelijke inenting van alle zuigelingen tot twee jaar; bevordering van algemene revaccinatie; isolering van de patiënten en zogenoemde contactpersonen in het St.-Elisabethziekenhuis; inenting, ongeacht de leeftijd, van contactpersonen; en het zoveel mogelijk stilleggen van personen- en goederenverkeer met Tilburg. Na uitvoering van deze maatregelen hoefde er volgens de deskundigen geen reden tot ongerustheid meer te bestaan, vooral ook omdat Tilburg, ironisch genoeg, door de inentingscampagne van 1947 de stad met de beste beveiliging tegen pokken was (slechts 14.000 van de 125.000 inwoners van Tilburg waren niet ingeënt).

De vaccinatiecampagne werd een succes. In een week tijd werden bijna 100.000 inentingen verricht. Het aantal primovaccinaties van personen boven de twee jaar bedroeg slechts driehonderd (vooral bij contactpersonen en verplegend personeel), omdat er eerder al zoveel waren ingeënt. Daardoor bleef het aantal hersenontstekingen beperkt tot zes.⁴⁸ Op 7 mei zette men een punt achter de inentingscampagne; acht dagen later was de pokkenepidemie bedwongen. Slechts vijftig personen waren ziek geworden.⁴⁹ Ausems concludeerde dat 'ook in Tilburg is gebleken, dat consequente isolatie van patiënten en contacten de pokken tot verdwijnen brengt. Massale vaccinatie werpt een beschermende wal op rond de nooit gevaccineerden, maakt een aantal individuen onvatbaar en biedt deswege de isolatie de kans de epidemie definitief te beëindigen.' Minister Joekes toonde zich tevreden over het gevoerde beleid. Hij prees de samenwerking tussen de gemeentelijke instanties en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.⁵⁰ Ook de Encefalitiscommissie was gelukkig.⁵¹

De euforie verdween toen de landelijke encefalitiscijfers over 1951 bekend werden. In totaal sloeg encefalitis 69 keer toe. Oorzaak was dat buiten Tilburg op grote schaal de hand was gelicht met de zorgvuldigheidseisen. Zo waren in Noord-Brabant 250.000 primovaccinaties verricht bij personen boven de twee jaar, dus op te late leeftijd.⁵² Geen wonder dat in Nederland het aantal encefalitispatiënten het aantal pokkenlijders overtrof.

In juni 1951 vroeg staatssecretaris Muntendam aan de Gezondheidsraad of een vaccinatieplicht voor zuigelingen onder de één jaar moest worden ingevoerd. Behalve Van Bouwdijk Bastiaanse sprak de

commissie zich opnieuw tegen deze gedachte uit, omdat encefalitis ook bij babies kon optreden⁵³ en de Inentingswet nog altijd aan de verwachtingen voldeed (het percentage inentingen van levend geboren kinderen steeg in 1949 tot 72). Bovendien was het door het grote aantal hersenontstekingen een ongelukkig moment om een vaccinatieplicht in te voeren.⁵⁴

Muntendam onderschreef het standpunt van de meerderheid en liet de Raad weten niet aan de Inentingswet te zullen tornen. Wel wilde hij wat doen aan de gemeenten waar het inentingspercentage ver achter bleef bij het landelijke gemiddelde; hij zou de ambtenaren in die plaatsen aansporen om de bepalingen uit de Inentingswet uit te voeren.⁵⁵

De Encefalitiscommissie kreeg het rustig. De pokkenepidemie in Tilburg blies weliswaar het onderzoek naar de oorzaken van encefalitis nieuw leven in, maar de desbetreffende projecten werden zonder bemoeienis van de Gezondheidsraad uitgevoerd. De commissie raakte bovendien in versukkeling door ziekte en overlijden van enkele leden en door de al gememoreerde problemen rond het voorzitterschap van de Raad. Pas in 1957 kwam de Encefalitiscommissie weer bijeen.

De TNO-commissie

Het onderzoek naar de oorzaken van encefalitis postvaccinalis was in 1932, toen de Encefalitiscommissie haar werk voorlopig afrondde, op een dood spoor beland. Na een 'meditatieperiode' van bijna twintig jaar vond commissielid Henri Willem Julius (1901-1977), hoogleraar in de hygiëne en medische politie, de tijd rijp voor een nieuw, systematisch onderzoek. De medische wetenschap bleef in zijn ogen in gebreke. In juli 1950 zei hij in een vergadering van de Encefalitiscommissie:

'Het encephalitis-vraagstuk dat zich voordoet is feitelijk nog niet veranderd. In de tussentijd heeft het virus-onderzoek (en alle mogelijke takken van wetenschap) een belangrijke vordering gemaakt. Er zijn veel belangrijke ziekten die korter dan 20 jaar geleden grote vraagstukken voor ons waren, en die zijn nu tot oplossing gekomen, en met de encephalitis zitten wij nog altijd in moeilijkheden.'

Volgens Julius beschikte de Gezondheidsorganisatie van de Centrale Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) over voldoende mensen en geld om een grootscheeps onderzoek te kunnen doen.⁵⁶ De Encefalitiscommissie besloot TNO hierop te attenderen. De commissie was bereid een plan voor een TNO-project op te stellen.⁵⁷

Het dagelijks bestuur van TNO gaf zijn fiat. In juni 1951 hield de 'Adviescommissie TNO inzake een onderzoek naar de oorzaken van de encephalitis postvaccinalis' haar eerste vergadering. Daarin zaten vertegenwoordigers van de Encefalitiscommissie, het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde en de Militair Geneeskundige Dienst.⁵⁸ Verschillende andere instituten, zoals de Neurologische Kliniek in Utrecht, assisteerden de commissie bij het onderzoek. Het epidemiologisch onderzoek nam de meeste tijd in beslag. De bacterioloog Willem Nanning (1911-1991) gaf leiding aan een onderzoek naar de vaccinestof die verantwoordelijk werd gehouden voor het ontstaan van encefalitis. Naast bacteriologische betrok Nanning ook familiale en geografische factoren in zijn onderzoek.⁵⁹

Ondanks intensief onderzoek moest de TNO-commissie in juni 1954 berichten dat de oorzaken en ontstaanswijze van encefalitis nog een raadsel bleven. Wel dacht zij dat het zogenoemde antivaccinia-gammaglobuline een preventieve werking tegen encefalitis kon hebben. Zij pleitte voor een omvangrijke proef met dit middel in het leger.⁶⁰ Om dit voorstel te kunnen plaatsen moeten eerst enige ontwikkelingen rond de strijdkrachten worden belicht.

De Wet Immunisatie Militairen

Nederland raakte na de Tweede Wereldoorlog in conflict met de naar onafhankelijkheid strevende Indonesiërs. De militairen die naar Nederlands-Indië werden gezonden kregen het dringende advies zich onder meer tegen pokken te laten inenten. Daarbij ging het in 75 tot 90 procent van de gevallen om primovaccinatie. Soldaten die van pokkenvaccinatie afzagen, konden in Indonesië rekenen op beperking

van hun bewegingsvrijheid. Deze 'verkapte dwangmethode' werd in de Tweede Kamer door de SGP-er P. Zandt (1880-1961) scherp veroordeeld.⁶¹

In de tweede helft van de jaren veertig werden ruim 140.000 militairen tegen pokken ingeënt. Van hen kregen er 45 encefalitis. In 1949 brak in Bantam een grote pokkenepidemie uit. Van de 71 Nederlandse soldaten die besmet raakten, stierven er 21, onder wie 9 gemoedsbezwaarden. De top van het leger stelde dat de hoge vaccinatiegraad de strijdkrachten voor een ramp had behoeft; twaalf militairen die ondanks inenting toch aan pokken waren gestorven, waren volgens de legerleiding door onervaren vaccineurs ingeënt.

De pokkenepidemie in Tilburg was voor minister van Oorlog C. Staf (1905-1973) reden onmiddellijk alle militairen, met uitzondering van de gemoedsbezwaarden, te verplichten zich te laten inenten. Weigeraars kregen geen verlof meer en zouden in hun bewegingsvrijheid sterk worden beknot, aldus de CHU-bewindsman. De minister was tot dit besluit gekomen op advies van de inspecteur van de Militair Geneeskundige Dienst, generaal-majoor J. Th. Wilkens, die hoofdinspecteur Banning had geraadpleegd. Beide deskundigen vonden dat er een reëel gevaar bestond voor het ontstaan van een pokkenepidemie in het leger.

In de Tweede Kamer trok Zandt opnieuw fel van leer tegen het gevoerde beleid:

'De Staat heeft zich daarbij ten aanzien van de militairen een macht toegeëigend, die hem in het geheel niet toekomt. De Staat dient van het lichaam van zijn onderdanen af te blijven.'

Zandt gaf de minister in overweging 'de raadgevers, die hem zulk een ellendige raad gegeven hebben' te ontslaan.

Een meerderheid van de Tweede Kamer trok de juridische basis van de ministeriële beschikking in twijfel. Zo zou het besluit in strijd zijn met de Inentingswet. De positie van de minister verzwakte toen eind mei bekend werd dat de massavaccinatie in het leger tien encefalitisgevallen had veroorzaakt, waarvan drie met dodelijke afloop.⁶² Mede omdat Tilburg weer pokkenvrij was, gaf Staf in de Tweede Kamer gehoor aan de oproep de inentingscampagne te beëindigen. Hij kondigde de instelling aan van een commissie die zich over het te voeren inentingsbeleid in het leger moest buigen. Zo voorkwam de minister dat de Tweede Kamer twee moties van afkeuring aannam.⁶³ In de commissie benoemde Staf, naast vijf leden van de Defensiecommissie, vier artsen en een ambtenaar van het ministerie van Oorlog. Zij concludeerde in november 1951 dat de overheid soldaten niet kon verplichten zich tegen pokken te laten inenten. Daarvoor was een wettelijke voorziening onontbeerlijk, aldus de commissie.⁶⁴

Als reactie op dit advies diende Staf in april 1953 bij de Tweede Kamer een ontwerp van Wet Immunisatie Militairen in. Daarin stelde hij dat de minister van Oorlog bevoegd was militairen te dwingen zich tegen pokken te laten vaccineren. Gemoeds- en gezondheidsbezwaarden waren van deze verplichting, die voorlopig tot 1 januari 1962 zou gelden, uitgesloten. Belangrijk was de aankondiging van een 'Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen', die de bewindsman van advies moest gaan dienen over het te voeren beleid. Ook moest dit gezelschap gemoeds- en gezondheidsbezwaren beoordelen.⁶⁵ Met de stem van de SGP tegen passeerde de wet zonder kleerscheuren het parlement. Zij werd vastgesteld op 7 augustus 1953 (*Stb.* 432).⁶⁶

In januari 1954 ging de Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen van start. Voorzitter en secretaris van de commissie, waarin nauwelijks militairen zitting hadden, waren respectievelijk Brutel de la Rivière en Nanning.⁶⁷ De commissie adviseerde de minister in april 1954 dat hij van zijn bevoegdheid gebruik moest maken om soldaten te verplichten een primo- of revaccinatie tegen pokken te ondergaan. Volgens haar bestond er in het leger meer kans op het uitbreken van een pokkenepidemie dan onder de burgerbevolking, omdat militairen immers in besmette gebieden konden worden ingezet. Ook was bij een pokkenepidemie de kans op verbreiding in een besloten gemeenschap, zoals het leger, groter dan normaal. Op verzoek van de minister stelde de commissie een reeks voorwaarden en eisen op waaraan primovaccinaties in het leger moesten voldoen.⁶⁸ In de zomer van 1954 nam de inenting van de militairen een aanvang.

Nadat Van Bouwdijk Bastiaanse in 1925 als eerste had geconstateerd dat de pokkenvaccinatie hersenontsteking kon veroorzaken, zorgde de neuroloog in 1947 opnieuw voor een primeur. Hij deed in de Encefalitiscommissie de suggestie de primovaccinatie bij mensen boven de twee jaar vooraf te laten gaan door inspuiting van antivaccinia-gammaglobuline (avgg), dat werd bereid uit bloed van pas gevaccineerden.⁶⁹ Hij legde zijn collega's uit dat een primovaccinatie daardoor in feite een revaccinatie werd en dus minder gevaarlijk.⁷⁰ Kort daarna startten Verlinde en Jan Spaander (1914-1988), hoofd van het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis, een onderzoek naar de werking van avgg bij konijnen. Zij konden in 1949 bevestigen dat gammaglobuline, indien afkomstig uit het bloed van pas ingeënte mensen, het vaccinevirus grotendeels neutraliseerde.⁷¹

Door de weinige vaccinaties bij personen op oudere leeftijd kon voor een proef bij mensen onvoldoende avgg worden gewonnen. De pokkenepidemie in Tilburg bood 'uitkomst'. Op advies van de Encefalitiscommissie⁷² en onder auspiciën van de TNO-commissie kregen duizend vrijwilligers, vooral studenten in de geneeskunde, gelijk met de primovaccinatie avgg toegediend. De in 1954 gepubliceerde resultaten lieten zien dat toediening van avgg veilig was. Of de behandeling ook doeltreffend was, in de zin dat encefalitis werd voorkomen, kon men niet met zekerheid zeggen wegens het nog te kleine aantal proefpersonen. De TNO-commissie vond de tijd rijp om het middel op uitgebreide schaal te testen. Het wachten was op een grote bevolkingsgroep die voor primovaccinatie in aanmerking kwam. Dat moment kwam in 1954 toen de regering besloot tienduizenden militairen te laten inenten. De TNO-commissie stelde voor de militairen te verplichten aan de proef mee te doen.⁷³ Minister Staf gaf op advies van de Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen toestemming voor het project, maar van een verplichting wilde hij niets weten. De soldaten moesten vrij zijn in hun beslissing om al of niet deel te nemen.

Het onderzoek werd langs deze lijnen uitgevoerd. De uitkomsten staan beschreven in het proefschrift van Nanning, getiteld: *Encephalitis postvaccinalis*, dat hij in 1961 verdedigde. De promovendus concludeerde dat hersenontsteking verschillende oorzaken kon hebben:

'De ziekte is het resultaat van een speciale constellatie, waarin de belangrijkheid van één factor, voor de aetiologie zowel als voor de pathogenese, van geval tot geval wisselend is.'⁷⁴

Op de vraag hoe men encefalitis kon behandelen, moest Nanning het antwoord schuldig blijven. Toch had hij goed nieuws. Uit de proefneming bij militairen was gebleken dat inspuiting van 2 milliliter avgg op ongevaarlijke manier zorgde voor beperking van de kans op hersenontsteking:

'Het gebruik van vaccinia-gammaglobuline bij de primovaccinatie voorkomt dus gevallen van postvaccinale encefalitis. De frequentie wordt teruggebracht tot 1:17.500, een frequentie overeenkomend met die van de zuigeling. Met betrekking tot de complicerende encefalitis na primovaccinatie kan dus worden gezegd, dat door toediening van 2 ml vaccinia-gammaglobuline de volwassene als een zuigeling gaat reageren!'⁷⁵

Deze bevindingen, al eerder informeel bekend, leidden ertoe dat vanaf 1 mei 1959 primovaccinatie bij soldaten steeds werd gecombineerd met inspuiting van avgg. De pokkenvaccinatie bleef echter, zij het minder dan vroeger, slachtoffers eisen. Het vraagstuk verloor daarom niet aan actualiteit.

6.2.2 Andere besmettelijke ziekten

Het aantal adviezen in de periode 1945-1955 over preventie en bestrijding van ziekten bedroeg ruim 35 procent van het totaal. Daarvan was het grootste deel nog altijd gewijd aan infectieziekten (ruim zeventig procent). Behalve pokken komt in dit hoofdstuk alleen tuberculose ter sprake. Andere ziekten die in de naoorlogse jaren in de belangstelling stonden, zoals polio en cariës, worden in volgende hoofdstukken uitgebreid besproken.

Door intensivering van de tuberculosebestrijding daalde de sterfte aan tuberculose in de tweede helft van de jaren veertig van 8,6 per 10.000 inwoners naar 1,9.⁷⁶ Een van de peilers van het beleid vormde het terugdringen van besmettingsbronnen via een bevolkingsonderzoek. Het bij Wet van 13 Juli 1951 (*Stb.* 288) opgerichte Centraal College voor Bevolkingsonderzoek werd belast met de organisatie van röntgenologisch borstonderzoek. Ook belangrijk in de naoorlogse tuberculosebestrijding was BCG-vaccinatie. Over dit laatste onderwerp sprak de Gezondheidsraad zich uit.

De Franse bacteriologen Albert Calmette (1863-1933) en Camille Guérin (1873-1961) bereidden in het begin van deze eeuw een vaccin tegen tuberculose. Dit zogenoemde Bacille-Calmette-Guérin-vaccin werd in 1921 voor het eerst toegediend aan een Franse zuigeling. In Nederland entte men vanaf 1926 op bescheiden schaal zuigelingen uit tuberculeuze gezinnen in, maar daar kwam in 1930 abrupt een eind aan, toen in het Duitse Lübeck 71 kinderen aan BCG-vaccinatie overleden. Twee jaar later werden de inenting hervat, toen duidelijk was dat het betrokken BCG-vaccin door een laboratoriumfout met virulente tuberkelbacillen besmet was geraakt. Hoewel enkele sanatoria overgingen tot het vaccineren van verplegend personeel, kwam het jaarlijkse aantal inenting in Nederland niet boven de duizend.⁷⁷

In 1947 vroeg minister Drees de Gezondheidsraad welke bevolkingsgroepen voor BCG-vaccinatie in aanmerking kwamen. In juni 1950 antwoordde de Commissie inzake bestrijding van de tuberculose dat bij voorkeur het hele negatief op tuberculine reagerende deel van de bevolking moest worden ingeënt.⁷⁸ Prioriteit had de inenting van personen die in contact stonden met tuberculoselidmers (gezinsleden, verplegend personeel, artsen, onderwijzers), zuigelingen, leerlingen uit de hoogste klassen van de lagere scholen en dienstplichtigen. De commissie wees een vaccinatieplicht van de hand.⁷⁹ Staatssecretaris Muntendam liet in een reactie weten de vaccinatie in een aantal districten te zullen bevorderen. Op schriftelijke vragen uit de Tweede Kamer antwoordde hij dat van dwang bij de BCG-vaccinatie geen sprake zou zijn.⁸⁰

In het Gooi, een van de districten waar men in november 1950 met ruimere BCG-vaccinatie begon, werden in de zomer van 1951 ernstige complicaties waargenomen. De directrice van het consultatiebureau in Hilversum Helena Catharina Hallo (1912-1992) meldde dat zich twee tot negen maanden na orale toediening van BCG-vaccin - de gevolgde methode bij zuigelingen - geregeld zwellingen van lymfeklieren in hals en oksels voordeden. Sommige zwellingen veretterden of veroorzaakten middenoorontsteking. Een onderzoek van de Geneeskundige Inspectie toonde aan dat ook in andere districten dat soort zwellingen voorkwamen en dat de intracutane inentingmethode evenmin zonder complicaties verliep.⁸¹ Muntendam besloot de inentingcampagnes op te schorten 'mede omdat de vaccinaties in het algemeen in Nederland een teer punt zijn'. Alleen mensen uit risicogroepen kwamen nog voor inenting in aanmerking. Verder bepaalde de staatssecretaris dat alle aanvragen voor toepassing van het BCG-vaccin moesten worden bekrachtigd door het Staatstoezicht, waarmee een eind kwam aan de onbeperkte aflevering van het BCG-vaccin door het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid.⁸² Aansluitend vroeg Muntendam de Gezondheidsraad zich opnieuw uit te spreken over de BCG-problematiek. In het advies, dat juli 1952 verscheen, beval de betrokken commissie aan, BCG-vaccinatie te beperken tot mensen uit risicogroepen, met gebruikmaking van de intracutane inentingmethode.⁸³ Muntendam zag in het advies zijn beleid bevestigd.

6.2.3 Uitoefening van de geneeskunde

Maatschappelijke vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid werden na de Tweede Wereldoorlog vooral voorgelegd aan de, aan invloed winnende, Centrale Commissie voor de Volksgezondheid. Dit gold ook voor het onderwerp 'uitoefening van de geneeskunde', al werd de Gezondheidsraad hierover nog bij herhaling om advies gevraagd; ruim veertien procent van de adviezen van de Raad was in de periode 1945-1955 aan dit thema gewijd.

Paramedische beroepen

In de tweede helft van de jaren veertig adviseerde de Gezondheidsraad over opleidingseisen voor voetverzorgers, heilgymnasten en masseurs; statuten van organisaties voor voetverzorging; bevoegdheden van schoonheids- en haarspecialisten; en een basiswet voor paramedische beroepen. Brutel de la Rivière schreef Drees in 1948 dat de Gezondheidsraad niet het aangewezen orgaan was om zich uit te spreken over paramedische beroepsbeoefenaars. Zijn voornaamste argument was dat het niet ging om een wetenschappelijke kwestie.⁸⁴ De bewindsliden stemden daarmee in en schakelden op dit terrein vanaf 1951 alleen nog de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in.⁸⁵

Hypnotische seances en occultisme

Na afloop van de Tweede Wereldoorlog nam de belangstelling voor hypnotische seances toe.⁸⁶ De gemeentepolitie van Den Haag ontdekte dat de meeste voorstellingen werden georganiseerd door de Nederlandsche Vereniging van Spiritisten Harmonia. De hypnotische seances werden, anders dan in de jaren twintig, zelden in het openbaar gehouden, omdat de inspectie de burgemeesters erop wees dat zij de voorstellingen als strijdig met de openbare orde konden verbieden. Tegen het groeiend aantal consulten van helderzienden, psychometristen, magnetiseurs en waarzeggers stonden de burgemeesters echter machteloos. Drees vroeg zich in een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad af of het voor de bescherming van de geestelijke volksgezondheid gewenst was maatregelen te nemen tegen hypnotiseurs en occultisten.⁸⁷

De Commissie inzake hypnotische séances en occult bedrog, waarin ook de waarnemend voorzitter van Harmonia werd benoemd, adviseerde de bewindsman onderscheid te maken tussen bonafide beroepsbeoefenaars en oplichters. Laatstgenoemden moesten streng worden aangepakt.⁸⁸ Tot wettelijke maatregelen kwam het echter niet.⁸⁹

De opleiding tot hygiënist

De opleiding tot hygiënist was in het interbellum op een mislukking uitgelopen.⁹⁰ Het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde legde zich daar niet bij neer en vroeg minister Drees in 1946 bij het Instituut een zogenoemde Hygiënistenschool onder te brengen. Bijl, de directeur van het Instituut, lichtte toe dat er behoefte bestond aan all-round hygiënist. Hij vond dat ook gezondheidsingenieurs tot de opleiding moesten worden toegelaten.⁹¹

Drees legde het voorstel van het Instituut in 1948 aan de Gezondheidsraad voor. De betrokken commissie adviseerde het plan te steunen, onder de bepaling dat het een experiment betrof, het Instituut geen monopoliepositie kreeg en het onderwijsprogramma aan wetenschappelijke eisen voldeed.⁹² De regering zag echter van oprichting van de Hygiënistenschool af, omdat het departement van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en de medische faculteiten bezwaar maakten tegen een opleiding die zich buiten de universitaire kaders zou afspelen.⁹³

Sociale geneeskunde

De toenemende belangstelling voor sociale geneeskunde⁹⁴ in de eerste helft van de twintigste eeuw had niet geresulteerd in vestiging van leerstoelen op dit terrein.⁹⁵ In 1946 vroeg Drees de Gezondheidsraad of daarin verandering moest komen.⁹⁶ De meeste leden van de bewuste commissie drongen aan op benoeming van hoogleraren in de sociale geneeskunde. Volgens hen was van een apart vakgebied sprake, dat niet langer tot de leeropdrachten van hoogleraren in de gezondheidsleer kon worden gerekend. Deze hadden hun handen meer dan vol aan onderzoek en onderwijs op het terrein van de hygiëne, aldus het meerderheidsrapport. Een minderheid meende dat het didactisch en wetenschappelijk onverantwoord was sociale geneeskunde los te koppelen van de gezondheidsleer. Zij vonden sociale geneeskunde geen zelfstandige wetenschap, maar een vakgebied dat tot de leerstof van iedere arts behoorde.⁹⁷

De opmars van de sociale geneeskunde was echter niet te stuiten. Na de Tweede Wereldoorlog werden aan alle medische faculteiten leerstoelen in de sociale geneeskunde gevestigd. De Rijksuniversiteit van Utrecht beet in 1950 de spits af.

Vivisectievrije geneeskunde

Ook de vivisectievrije geneeskunde stond in de naoorlogse jaren in de belangstelling. De Anti-Vivisectie Stichting stelde in maart 1947 een rekest op waarin zij op stichting van leerstoelen in de homeopathie en natuurgeneeswijze aandrong, een verzoek dat in de Tweede Kamer door de SGP-er Zandt werd ondersteund. Minister Drees besloot na overleg met zijn collega van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen het vraagstuk aan de Gezondheidsraad voor te leggen.

Brutel de la Rivière nam in de commissie ook twee leden van de Anti-Vivisectie Stichting op. De commissie betoogde in haar advies uit maart 1949 dat de volksgezondheid niet gebaat was bij instelling van leerstoelen in de homeopathie en de natuurgeneeswijze. Dierproeven hadden in haar ogen aan de basis gestaan van vele medische ontdekkingen. De twee vertegenwoordigers van de Anti-Vivisectie Stichting konden zich niet verenigen met deze visie en dienden een minderheidsnota in, waarin zij kritiek uitten op het gebrek aan belangstelling bij wetenschappers voor psychische oorzaken van ziekten. Met onderricht in homeopathie en natuurgeneeswijze kon men volgens deze leden een mentaliteitsverandering bewerkstelligen.⁹⁸

De regering steunde het meerderheidsstandpunt en keerde zich tegen benoeming van hoogleraren in de vivisectievrije geneeskunde. Ook de aankondiging van Zandt dat de tegenstanders van vivisectie zelf een leerstoel wilden bekostigen, mocht niet baten.⁹⁹

Vivisectie verloor niet aan actualiteit. Minister Joekes stelde in 1949 een onderzoek in naar de omvang van vivisectie in Nederland en de wijze waarop de proeven werden uitgevoerd. Het onderzoeksverslag werd door zijn opvolger Suurhoff in 1953 voor het geven van commentaar aan de Gezondheidsraad voorgelegd. Brutel de la Rivière benoemde ook vertegenwoordigers van de Bond ter Bestrijding van de Vivisectie, de Nederlandse Vereniging tot Bescherming van Dieren en de Anti-Vivisectie Stichting in de commissie.¹⁰⁰ Een overgrote meerderheid van de commissie vond wettelijke regels voor vivisectie niet nodig, omdat uit de onderzoeksresultaten bleek dat misbruik van proefdieren nauwelijks voorkwam.¹⁰¹ De afgevaardigden van de Bond ter Bestrijding van de Vivisectie en de Vereniging tot Bescherming van Dieren pleitten daarentegen voor wetgeving om paal en perk te kunnen stellen aan de omvang van vivisectie.¹⁰² Aanvankelijk wezen de bewindslieden dit laatste verzoek van de hand, maar in de jaren zestig kwam de ommekeer, toen de regering besloot een wet te maken ter bescherming van proefdieren.¹⁰³ In de in 1977 tot stand gekomen Wet op de dierproeven (*Stb.* 67) wordt het bezit van een vergunning voor toepassing van vivisectie verplicht gesteld.¹⁰⁴

De Samuels-therapie

De Amsterdamse chirurg en vrouwenarts Jules Samuels (1888-1975) introduceerde in de tweede helft van de jaren dertig een methode waarmee hij naar zijn zeggen een reeks van ziekten, waaronder kanker, kon genezen.¹⁰⁵ Zijn theorie hield in het kort in dat een gezwel niet een ziekte op zich is, maar een verschijnsel van het disfunctioneren van de hypofyse (een hersenklier).¹⁰⁶ De stoornis kon volgens Samuels worden verholpen door behandeling met kortegolfstralen, met apparatuur die hij zelf had ontworpen. Hij demonstreerde zijn behandelingsmethode in het openbaar, zoals in het Amsterdamse Concertgebouw.

Op uitnodiging van Josephus Jitta lichtte Samuels begin 1939 zijn theorie op het kantoor van de Gezondheidsraad toe. De aanwezige leden reageerden sceptisch. Kort daarop formeerde Jitta een commissie die de Samuels-therapie moest beoordelen, dit tot ongenoegen van de uitvinder. Hij verzocht de regering een staatscommissie in te stellen, omdat de leden van de Gezondheidsraadcommissie bevooroordeeld zouden zijn. Toen zijn verzoek werd afgewezen, trad Samuels in overleg met Jitta over aanpassing van de samenstelling van de commissie. Na maandenlange discussies bereikten zij in september

1939 een compromis. Anderhalf jaar later concludeerde de commissie dat 'gedurende de tijd dat de Commissie de patiënten, behandeld door Dr. Samuels, gecontroleerd heeft, is noch een genezing, noch een verbetering geconstateerd, die met zekerheid aan de behandeling kan worden toegeschreven'.¹⁰⁷

Samuels hield aan zijn theorie vast. Na de oorlog intensiveerde hij zijn activiteiten en nam een breed publiek kennis van zijn methode. In december 1947 verzocht minister Drees Brutel de la Rivière een nieuw onderzoek te starten naar de 'waarde van de kortegolven-stralen-behandeling volgens Dr. J. Samuels, in het bijzonder ten aanzien van kanker'.¹⁰⁸ De belangrijkste reden voor de opdracht was de 'groeierende aandrang uit het publiek om in het belang van de volksgezondheid (...) te komen tot een uitspraak over deze methode'. Samuels werkte niet mee aan het onderzoek. Desondanks beschikte Brutel de la Rivière over tachtig medische dossiers van door Samuels behandelde patiënten.¹⁰⁹ In oktober 1948 concludeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad in een bijna honderd pagina's tellend document dat de Samuels-therapie geen enkel effect sorteerde. Het was volgens hem 'een zaak van nationaal belang, dat de vertrouwenspositie van de medische professie in ons land behouden blijft. Dit vertrouwen wordt ondermijnd wanneer een arts in het openbaar uitsprekt, dat hij kanker kan genezen en deze uitspraak niet juist is'.¹¹⁰

Samuels reageerde woedend op het rapport, dat ook in het buitenland de nodige aandacht kreeg. Hij stelde een verweerschrift op, Witboek genoemd, waarin hij Brutel de la Rivière ervan beschuldigde uit te zijn op vernietiging van 'de grootste ontdekking aller tijden'. In een adres aan de Staten-Generaal hekelde hij dat 'een huisarts (...), die al jaren geen praktijk meer doet, in een administratieve betrekking werkzaam is en nooit cancerologie of endocrinologie gestudeerd heeft' de leiding van het onderzoek had gekregen.¹¹¹ In 1953 besloot het Medisch Tuchtcollege Samuels de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde te ontfangen en een jaar later werd deze uitspraak bekrachtigd door het Amsterdamse Gerechtshof.¹¹² Niettemin bleef Samuels tot aan zijn dood patiënten met kanker behandelen. In 1974 kreeg hij hiervoor een geldboete opgelegd.¹¹³

6.2.4 Ethiek en recht

In vier adviezen van de Gezondheidsraad uit de periode 1945-1955 voerden medisch-ethische en juridische beschouwingen de boventoon. Twee daarvan handelden over de vraag of het toelaatbaar was hoornvliezen van overledenen te transplanteren.¹¹⁴

Hoornvliestransplantatie

Beschadiging of troebeling van het hoornvlies (cornea) leidt tot vermindering van het gezichtsvermogen of tot blindheid. Sinds het eind van de jaren dertig is het in Nederland mogelijk hoornvliezen te transplanteren en zo de patiënt (gedeeltelijk) te genezen.¹¹⁵ Aanvankelijk werden de hoornvliezen verkregen van levende donoren, die hun oog wegens een gezwel of een andere aandoening lieten verwijderen.

De Amsterdamse oogarts Eskelhoff Carsjen Gravemeyer berichtte minister Drees in 1946 dat hij door een tekort aan donoren een van zijn patiënten niet kon opereren. Hij wees de bewindsman op de mogelijkheid hoornvliezen van overledenen te transplanteren. Daarvoor was echter volgens de Begrafeniswet uit 1909 (*Stb.* 455) toestemming van de betrokkene nodig. Volgens Gravemeyer restte nog één mogelijkheid om blindheid van zijn patiënte te voorkomen: het ter beschikking stellen van ogen van geëxecuteerden.¹¹⁶ Drees wist zich geen raad met het voorstel en schakelde de Gezondheidsraad in. De desbetreffende commissie wees in december 1946 het verzoek om ogen van geëxecuteerden te transplanteren van de hand, omdat volgens haar het belang van een individuele patiënt niet opwoog tegen de wettelijke spelregels. De commissie toonde een vooruitziende blik door te constateren dat een toegespitste wettelijke regeling haar voorbarig leek, omdat in de toekomst 'andere gedeelten van het menselijk lichaam' ook een regeling zouden vergen.¹¹⁷

Omdat het tekort aan donoren steeg, luidde Gravemeyer in 1948 opnieuw de noodklok. Hij drong nu aan op het transplanteren van hoornvliezen van overledenen in het algemeen. Ditmaal wist hij de commissie van de Gezondheidsraad aan zijn zijde. Zij constateerde dat ogen van levende donoren geen

soelaas meer boden. In haar advies uit februari 1949 beval zij de overheid aan het Rode Kruis te belasten met de organisatie van een campagne om de bevolking te bewegen een codicil in te vullen.¹¹⁸

Minister Joekes steunde het plan en schakelde het Rode Kruis in. Het hoofdbestuur van deze organisatie wees erop dat hoornvliezen alleen geschikt waren voor een transplantatie als de ogen binnen twee uur na overlijden werden ingevroren. Daarom brak zij een lans voor een systeem volgens welk aan de nabestaanden van personen die in het ziekenhuis waren overleden, toestemming zou worden gevraagd de ogen van de overledene te verwijderen. Ook voor het slagen van deze opzet was een voorlichtingscampagne noodzakelijk. Met dit doel in gedachten installeerde het Rode Kruis de Centrale Commissie voor de Hoornvliescentra, die de activiteiten op het terrein van de hoornvliestransplantatie moest coördineren en door gepaste propaganda het Nederlandse volk moest overtuigen van het belang ogen ter beschikking te stellen van de wetenschap.¹¹⁹

Blijkbaar leverde de propagandacampagne niet genoeg resultaat op, want in september 1952 deed Gravemeyer in een brief aan de voorzitter van de Gezondheidsraad opnieuw zijn beklag over het tekort aan donoren:

‘Ik vind het ontzettend, dat ik zoovele van die stakkerds jaren moet laten wachten en dat het als een soort misdaad wordt beschouwd, dat ikzelf die mensen kan en wil behandelen, mits ik slechts donoroogen krijg.’¹²⁰

Op deze brief werd, voor zover bekend, geen actie ondernomen.

'En daar beginnen mijn herinneringen aan 1931, jij in Slochteren en ik als kontrolerend arts in Groningen. Ik ging er van uit dat ik de huisartsen moest kennen, maar ik werd gewaarschuwd voor Dr. Wester. De vorige week nog had hij een gesprek gehad met de kontrolerend arts van de Rijks Verzekerings Bank over een patiënt en naar men mij vertelde had men de ambulance auto die tijd gereed gehouden, maar tot aller verwondering kwam deze kontrolerend geneesheer van de Rijks Verzekerings Bank er nog heel huids af. Ik dacht: dat belooft wat en toen heb ik mij een krijgsplan opgemaakt en dacht ik: weet je wat ik ga naar Slochteren toe, ik ga mijn kennismaking maar in het huis van Dr. Wester doen, het zal vreemd zijn om bij een eerste kennismaking in je eigen woning al een moord te plegen. En ik deed dat, en kwam daar aan bij dat huis, dat grote huis in Slochteren, en daar kwam met veel geknal een Harley Davidson aan rijden en op die Harley een geweldige berg van leer en ik zag dat daar een mens in stak, maar ik dacht daar steekt wel iets heel geweldigs in. (...) Er liggen 35 jaar tussen deze stap in het huis in Slochteren, en de stap die ik hier nu naar dit gebouw heb ondernomen. En weer sta ik tegenover de grote man en tegenover de grote mens', aldus P. Muntendam in 1966 bij het afscheid van J. Wester als voorzitter van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.¹

7.1 DE ORGANISATIE

Dit hoofdstuk beslaat de periode 1 april 1955 tot 1 maart 1966, toen Wester voorzitter van de Gezondheidsraad was. In deze jaren kroop de Raad uit het diepe dal waarin hij zich sinds het eind van het interbellum bevond.

7.1.1 Jan Wester

Jan Wester (1901-1985) werd geboren in Alkmaar als zoon van een dierenarts.² Nadat hij in 1925 zijn artsdiploma had behaald, vestigde hij zich als huisarts in Slochteren. In het Groningse dorp oefende hij vele nevenfuncties uit, zoals het directeurschap van het door hem opgerichte consultatiebureau voor zuigelingen.³ In 1939 werd hij benoemd tot controlerend geneesheer bij de verzekeringsmaatschappij Centraal Beheer, met als standplaats Rotterdam. Na de oorlog, in 1947, promoveerde Wester op een onderwerp uit de ongevallengeneeskunde: *De klinische en sociale betekenis van de fractuur van het os naviculare manus*. Een jaar later trad hij als medisch adviseur bij de Rijksverzekeringsbank in dienst, waardoor hij automatisch lid werd van de Gezondheidsraad.⁴ Bij de Rijksverzekeringsbank kon Wester zijn organisatietalent ontplooien. Zo zorgde hij onder meer voor de stichting van een revalidatiecentrum van de Bank in het Burgerziekenhuis te Amsterdam. In 1950 volgde zijn benoeming tot bijzonder lector in de sociale verzekeringsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

Op 1 april 1955 kreeg de politiek ongebonden⁵ Wester de kroon op zijn werk gezet door zijn benoeming tot voorzitter van de Gezondheidsraad en de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid (vanaf 1 december 1957 Centrale Raad voor de Volksgezondheid).⁶ Deze twee functies combineerde hij tot de dag van zijn pensionering (1 maart 1966).⁷ Daarna adviseerde hij de minister van Onderwijs en Wetenschappen nog enige jaren over medisch-wetenschappelijke vraagstukken en over de programma's van eisen voor de bouw van academische ziekenhuizen. Wester bleef na zijn aftreden als voorzitter lid van de Gezondheidsraad en nam in verschillende commissies van dit college zitting. Toen hij zeventig werd, de leeftijd waarop reglementair zijn lidmaatschap van de Raad verviel, bood zijn opvolger hem het erelidmaatschap van de Raad aan, dat hij aanvaardde. Tot zijn dood in september 1985 bleef zijn naam op de ledenlijst van de Gezondheidsraad staan.

7.1.2 Werkwijze

In taak en werkwijze van de Gezondheidsraad kwam door de Gezondheidswet van 1956 nauwelijks verandering.⁸ De enige relevante wijzigingen waren: bekrachtiging van het feit dat het adviesterrein van de Raad zich sinds enige jaren beperkte tot 'de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het terrein van de volksgezondheid'; naast reis- en verblijfkosten ook toekenning van vacatiegeld aan commissieleden;⁹ en vaststelling van een leeftijdsgrens aan het lidmaatschap van de Raad (zeventig jaar). Voorts verplichtte de Gezondheidswet van 1956 de voorzitter van de Gezondheidsraad de commissies waarin hij zitting nam, voor te zitten.¹⁰

De door de voorzitter samengestelde commissies bleven de spil van de Raad vormen.¹¹ Onder Wester draaiden jaarlijks gemiddeld ruim dertig commissies. Daarin hadden mensen die geen lid van de Raad zelf waren de overhand, omdat de ledenlijst van de Raad¹² door de toegenomen specialisatie in de wetenschap onvoldoende soelaas bood om de uiteenlopende commissies te 'bemannen'. Sindsdien is het aandeel van deskundige niet-leden in de commissies verder toegenomen.

De grote verscheidenheid aan onderwerpen die de Gezondheidsraad kreeg voorgelegd,¹³ weerhield Wester er niet van in vrijwel alle commissies van de Raad plaats te nemen. Men kan de Gezondheidswetten van 1919 en 1956 zo interpreteren, dat de voorzitter van de Raad een allesweter moet zijn. Wester bracht deze gedachte in praktijk door de Raad en zijn commissies met straffe hand te leiden. Een enkele keer nam hij de specialistische kennis van de commissieleden niet serieus. Deze betweterij leidde zo nu en dan tot de als 'Westerstormen' bekend geworden conflicten, zoals dat met de voedingsdeskundige Van Eekelen. Van Eekelen liep kwaad uit een commissie weg, toen Wester liet blijken een advies te willen opstellen met voorbijgaan aan de inzichten van de commissieleden.¹⁴ Illustratief was dat Wester vanaf 1962 de op korte termijn uit te brengen adviezen doornam met de directeur Wetenschappelijk Onderzoek en Planning van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, oud-geneeskundig inspecteur van Friesland Roelof Johannes Hendrik Kruisinga (geb. 1922), die verantwoordelijk was voor het departementale contact met de Gezondheidsraad. In goede harmonie probeerden de twee functionarissen de adviezen 'via deugdelijke formuleringen zo goed mogelijk aan de bewindslieden te verkopen'.¹⁵

7.1.3 Secretariaat

De Gezondheidsraad deelde zijn secretariaat vanaf 1958 met de in dat jaar geïnstalleerde Centrale Raad voor de Volksgezondheid.¹⁶ Behalve op financiële overwegingen berustte deze beslissing ook op de wens van Wester om competentie- en prestigegechillen tussen de twee raden te voorkomen. Door het verzekeren van nauw onderling contact hoopte hij problemen te vermijden en een heldere afbakening van de werkterreinen te bereiken.¹⁷ Wester slaagde in dit streven.

Onder leiding van Wester nam de personeelssterkte van het secretariaat van de Gezondheidsraad flink toe.¹⁸ Het gemoedelijke bureau groeide uit tot een klein bedrijf. Wester beschikte in 1955 over vijf personeelsleden; toen hij elf jaar later de Raad verliet was het aantal medewerkers opgelopen tot 24. Tot de nieuwe personeelsleden behoorden administratieve krachten, maar ook de wetenschappelijke staf van de Raad werd fors uitgebreid. Werkte er in het begin van Westers ambtsperiode slechts één secretaris bij de Gezondheidsraad, in 1965 werd de wetenschappelijke staf gevormd door een algemeen secretaris en zeven secretarissen, onder wie een jurist en een stralingsdeskundige.¹⁹

Door de toenemende werkdruk kreeg de werkwijze op het secretariaat van de Gezondheidsraad een geheel ander karakter. Het was niet langer mogelijk dat één secretaris alle commissies 'bediende'. Uit de uiteenlopende opleidingen van de secretarissen blijkt dat Wester bij de opbouw van de wetenschappelijke staf rekening hield met de groeiende diversiteit van de adviesaanvragen. De secretarissen kregen commissies onder hun hoede die zoveel mogelijk aansloten bij hun specialisme. Hun werk voor de commissies hield in planning en coördinatie van de activiteiten, literatuuronderzoek, verslaglegging, behandeling van de inkomende en uitgaande post en, niet het minste, het ontwerpen van het advies.

Op grond van een door het Bureau Organisatie en Efficiency van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 1955 uitgebracht rapport besloot Wester over te gaan tot aanstelling van een

eerste secretaris, vanaf 1958 aangeduid als 'algemeen secretaris'. De eerste algemeen secretaris bij de Gezondheidsraad, de arts Evert Heleonardus Scheijde (1913-1984),²⁰ moest naast zijn werk als secretaris de voorzitter ondersteunen bij zijn wetenschappelijke werk en bij het samenstellen van de commissies. Bovendien leidde Scheijde het secretariaat, onder verantwoordelijkheid van Wester, die niets moest weten van de suggestie van het Bureau Organisatie en Efficiency om het secretariaat van de Raad hiërarchisch onder te brengen bij het departement.²¹ Ook het voorstel de algemeen secretaris als plaatsvervanger van de voorzitter te laten optreden nam Wester niet over. Als plaatsvervangend voorzitter trok hij het Gezondheidsraadlid en de hoogleraar in de farmacologie Samuel Elzevier de Jongh (1898-1976) aan,²² die deze functie van 1958 tot 1966 uitoefende.

In de loop van de jaren kreeg het secretariaat van de Gezondheidsraad, ondanks uitbreiding van het personeel, te kampen met een tekort aan medewerkers die als secretaris van de commissies konden dienen. Daarom ging Wester er in 1958 toe over externe deskundigen in tijdelijke dienst, onder de benaming secretaris-rapporteur, aan te stellen.²³ Het aantal secretarissen-rapporteur bedroeg in 1958 vier, en in 1964 reeds elf.

Intussen was het pand Dr. Kuiperstraat 8 in Den Haag voor de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te klein geworden. Daarom kregen de colleges vanaf 1 januari 1965 ook het pand Dr. Kuiperstraat 12 tot hun beschikking.²⁴ Maar al snel werd duidelijk dat deze oplossing niet afdoende was.

7.1.4 De Volksgezondheidsnota

Vlak voordat Wester zijn functies als voorzitter van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid neerlegde, verscheen de Volksgezondheidsnota 1966.²⁵ Dit door minister G.M.J. Veldkamp (1921-1990) en staatssecretaris A.J.H. Bartels (geb. 1915) opgestelde document gaf een overzicht van alle voorzieningen op het vlak van de gezondheidszorg in Nederland. Aanleiding voor het schrijven van dit stuk was de groeiende onvrede onder politici over de karige aandacht die de gezondheidszorg ieder jaar weer bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid kreeg. Nieuwe plannen bracht de nota nauwelijks; de verdienste ervan was eerder gelegen in de indrukwekkende inventarisatie van de gehele gezondheidszorg. Het parlementaire debat over het stuk, op 21 en 22 september 1966, leverde weinig nieuwe gezichtspunten op.

De Volksgezondheidsnota 1966 ging ook in op de adviesorganen. Volgens de bewindslieden was de Gezondheidsraad een uitermate belangrijk en waardevol college. Door de snelle ontwikkeling van de (medische) wetenschap zou de behoefte aan gedegen, wetenschappelijk gefundeerde adviezen in de toekomst alleen maar groter worden. Daarom moest de Gezondheidsraad meer armslag krijgen en het secretariaat verder worden uitgebreid. Voorts wilden de bewindslieden de onafhankelijkheid van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad versterken; vertegenwoordigers van de rijksoverheid (de ambtenaren) zouden hun zetels in deze adviesorganen moeten opgeven, aldus de nota.²⁶ Veldkamp werkte deze gedachte uit in een ontwerp tot wijziging van de Gezondheidswet, dat in februari 1967 bij de Tweede Kamer werd ingediend.²⁷ Zijn opvolger B. Roolvink (1912-1979) zag echter van wijziging van de Gezondheidswet af.²⁸

7.1.5 De benoeming van de opvolger

In de zomer van 1964 liet Wester minister Veldkamp weten per 1 maart 1966, enkele dagen na zijn 65-ste verjaardag, te willen aftreden als voorzitter van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Hoewel gebruikelijk, vond Wester het onjuist langer aan te blijven. Bovendien wilde hij de naar zijn zeggen noodzakelijke reorganisatie van het secretariaat en verjonging van het personeelsbestand overlaten aan zijn opvolger. Om het voorzitterschap van de twee adviescolleges goed te kunnen overdragen, drong Wester er bij de bewindsman op aan uiterlijk begin 1965 bekend te maken wie hem zou opvolgen. Het liefst zag hij één opvolger. Volgens hem was de wettelijke taakomschrijving van de twee raden te summier om uit te maken waar bepaalde adviesaanvragen thuishoorden; door weer één persoon tot voorzitter van beide colleges te benoemen kon men competentieproblemen vermijden.

Alleen als het werk van de twee raden nog verder in omvang zou toenemen, kon de minister overwegen afzonderlijke voorzitters aan te stellen. In dat geval moest volgens Wester bekeken worden of de Gezondheidsraad bij het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid kon worden ondergebracht. Welke constructie de bewindsman ook zou kiezen, het stond vast, aldus Wester, dat alleen artsen voor de voorzittersfuncties in aanmerking kwamen.²⁹ Op verzoek van de directeur-generaal van de Volksgezondheid P.L. Stal stelde Wester een lijst op met de naar zijn mening meest geschikte kandidaten. Bij een afzonderlijk voorzitterschap van de Gezondheidsraad dacht hij aan Muntendam en de internisten Jop H. Pannekoek (geb. 1905) en Marius Plooi.³⁰

Veldkamp kwam aan het verzoek snel in de vacatures te voorzien niet tegemoet. Wel liet hij spoedig blijken voorstander te zijn van benoeming van twee verschillende voorzitters, niet alleen wegens de drukker wordende agenda van de twee raden, maar ook om zijn voorkeur voor een part-time voorzitterschap te kunnen realiseren. Veldkamp meende namelijk dat de voorzitter van de Gezondheidsraad het grootste deel van de werkweek in het medische veld werkzaam moest blijven om de kloof tussen theorie en praktijk zo klein mogelijk te houden. Bovendien zou het part-time voorzitterschap uitsluiten dat de nieuwe voorzitter een te dominante invloed op het reilen en zeilen van de Raad ging uitoefenen.

Wat betreft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid was het oponthoud bij de benoeming van een nieuwe voorzitter verklaarbaar. De minister had bij herhaling laten blijken een andere opzet te willen, die inhield dat in de plaats van de Centrale Raad een Centraal Openbaar Lichaam zou worden ingesteld. Over het voortbestaan van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid bestond dus twijfel. Toen echter de discussies over de Volksgezondheidsnota niet snel duidelijkheid brachten, besloot de minister in de zomer van 1966 de hoogleraar in de sociale geneeskunde Arie Corstiaan Drogendijk (1902-1978) voor één dag per week tot voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te benoemen.³¹

Voor de Gezondheidsraad lagen de zaken anders. Veldkamp besloot tegen het eind van 1965, dus enkele maanden voordat Wester de pensioengerechtigde leeftijd bereikte, de gastro-enteroloog A.J.Ch. Haex voor het voorzitterschap voor te dragen.³² Haex was volgens de bewindslieden Veldkamp en Bartels de aangewezen man om, naast zijn medisch werk, voor één dag in de week de scepter te zwaaien over de Gezondheidsraad. In september 1969 zei Veldkamp hierover:

'Voor de benoeming van de voorzitter van de gezondheidsraad kwam naar het oordeel van de toenmalige staatssecretaris voor de volksgezondheid, dr. A. Bartels en mij, in aanmerking een medicus met een zeer brede wetenschappelijke belangstelling. Dr. Haex beschikte naar onze mening over die kwaliteiten. In verband daarmee werd hij, na inwinning van de bij dit soort benoemingen gebruikelijke informaties en zorgvuldige overwegingen van de verschillende mogelijkheden, voor de benoeming voorgedragen. Wij hebben daarop noch in het parlement noch daarbuiten ooit enige kritiek gehoord.'³³

De benoeming van Haex tot voorzitter van de Gezondheidsraad werd pas met ingang van 15 november 1966 een feit. Aangezien Wester op 1 maart 1966 zijn functie had neergelegd, moest de Raad ruim acht maanden zonder voorzitter opereren.³⁴ Dit veroorzaakte enige stagnatie in de werkzaamheden, doordat formeel geen nieuwe commissies in het leven konden worden geroepen.³⁵ Dat slechts negen adviezen in 1967 werden uitgebracht, was een gevolg van dit voorzitterloze tijdperk. Het stilvallen had vermeden kunnen worden als Wester tijdelijk in functie was gebleven. Daartoe was hij overigens bereid.³⁶

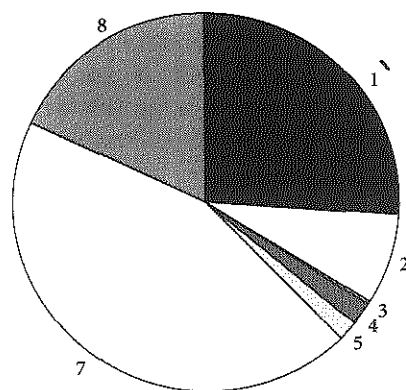
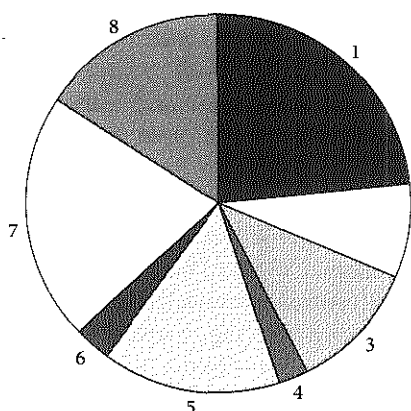
De procedure voor de benoeming van Haex verliep traag, omdat ARP-minister van Onderwijs en Wetenschappen, I.A. Diepenhorst (geb. 1916), zijn goedkeuring moest verlenen aan het verzoek van Haex om zijn lectoraat in de gastro-enterologie aan de Rijksuniversiteit Leiden met één dag per week te bekorten. Diepenhorst wilde hier in eerste instantie alleen mee akkoord gaan als Haex niet meer dan één dag per week nevenwerk zou verrichten. Dat zou betekenen dat Haex zijn particuliere medische praktijk moest sluiten. Na een patstelling van enkele maanden bond Diepenhorst in. Nadat Haex had toegezegd zijn betrekkelijk kleine privé-praktijk niet te zullen uitbreiden, ging Diepenhorst op 8 november 1966 akkoord met het verzoek van de gastro-enteroloog zijn lectoraat te mogen 'inkorten'.³⁷

Veldkamp kon nu de benoeming van Haex met ingang van 15 november 1966 formaliseren.³⁸ Als reactie op de aanstelling van een part-time voorzitter, waartegen Wester zich fel had verzet, trokken twee vooraanstaande leden zich uit de Gezondheidsraad terug.³⁹

7.2 DE ADVIEZEN

De Gezondheidsraad bracht onder leiding van Wester 206 adviezen uit, gemiddeld bijna achttien per jaar.⁴⁰ De omvang van de rapporten nam sinds 1955 sterk toe. Voorheen besloegen de adviezen vaak niet meer dan enkele pagina's, maar op gezag van Wester verschenen complete handboeken, waarin het besproken vraagstuk van vele kanten werd belicht.

De Gezondheidsraad bestudeerde in de jaren 1955-1966 een veelheid van onderwerpen. Daartoe behoorde niet meer de 'uitoefening van de geneeskunde', die deel ging uitmaken van het werkterrein van de Centrale Commissie (Raad) voor de Volksgezondheid. Een nog immer actueel thema in de 'periode-Wester' was de preventie en bestrijding van infectieziekten. Dit hoofdstuk schenkt aandacht aan pokken/encefalitis, tuberculose en polio. Verder passeren de niet-besmettelijke ziekten krop, kanker en cariës de revue. Belangrijke nieuwe ontwikkelingen waren de bemoeienissen van de Raad met de gezondheidsstatistiek en de gezondheidsbescherming tegen straling. Tot slot komen enkele medisch-ethische vraagstukken aan bod.



	Gemiddeld 1902-1985	1 april 1955 - 15 november 1966
1. Besmettelijke ziekten	23,4%	26,2%
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)	8,2%	7,7%
3. Uitoefening van de geneeskunde	11,0%	0,5%
4. Ethiek en recht	2,6%	1,9%
5. Levens- en genotmiddelen	14,9%	1,5%
6. Leefomstandigheden	2,9%	—
7. Risico's van menselijke activiteiten	21,1%	44,2%
8. Overig, waaronder:	15,8%	18,0%
● Statistiek	2,5%	10,7%

Adviezen Gezondheidsraad 1 april 1955 - 15 november 1966.

7.2.1 Pokken en de verdeeldheid in de medische wetenschap

De Gezondheidsraad had zich sinds 1951 niet meer over de pokkenvaccinatie uitgesproken. Verontrustende cijfers over het aantal gevallen van encefalitis bij zuigelingen deden de regering in 1957 besluiten het onderwerp weer aan de Raad voor te leggen.

Hervatting van de werkzaamheden

In oktober 1957 schreef geneeskundig hoofdinspecteur Banning aan directeur-generaal Muntendam dat sinds 1954 36 encefalitispatiënten waren geregistreerd, van wie er twaalf waren overleden. Opmerkelijk genoeg traden tien gevallen van hersenontsteking op onder babies jonger dan één jaar, waarvan vijf met dodelijke afloop.⁴¹ Muntendam schrok van de cijfers en vroeg de inspectie om tekst en uitleg. Volgens waarnemend hoofdinspecteur Stal moest de directeur-generaal zich niet ongerust maken, omdat in

vergelijking met de jaren dertig het aantal per jaar verrichte vaccinaties bij zuigelingen was vertienvoudigd. Bovendien leek het hem waarschijnlijk dat een aantal ziektegevallen ten onrechte als 'encefalitis' was aangemeld. Hij drong er bij Muntendam op aan de registratie van encefalitispatiënten, in verschillende rubrieken, nieuw leven in te blazen. De rubricering gebeurde in vroeger jaren door de 'kleine commissie' uit de Encefalitiscommissie, die echter door ziekte en overlijden van haar leden niet meer bijeenkwam.⁴²

Muntendam schakelde de Gezondheidsraad in om de van de inspectie afkomstige gegevens te analyseren en de veiligheid van de pokkenvaccinatie in het eerste levensjaar te beoordelen. De betrokken commissie⁴³ concludeerde in juni 1959 dat zij niet aan de opdracht kon voldoen, bij gebrek aan een compleet en betrouwbaar overzicht van de complicaties na de pokkenvaccinatie. De encefalitis cijfers van de Geneeskundige Inspectie, de TNO-commissie, de Militair Geneeskundige Dienst en het Centraal Bureau voor de Statistiek spraken elkaar tegen. De commissie beval de regering aan de complicaties van de inenting in kaart te laten brengen, met hulp van huis- en kinderartsen, universiteitsklinieken, neurologen en gemeentelijke gezondheidsdiensten.⁴⁴ Uiteindelijk kreeg de Epidemiologische Dienst van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, die onder leiding stond van oud-geneeskundig inspecteur Marius Frans Polak, van de regering de taak helderheid te verschaffen.

De Encefalitiscommissie fungeerde min of meer als spreekbuis van de Epidemiologische Dienst.⁴⁵ Zij berichtte minister Ch.J.M.A. van Rooy (geb. 1912) in maart 1961 dat alle complicaties van na 1 januari 1959 op een nieuwe wijze zouden worden gerangschikt.⁴⁶ Ruim twee jaar later verscheen de eerste rubriceringslijst naar het model van Polak. Volgens zijn berekeningen waren er in de jaren 1959-1961 557.000 zuigelingen tot twee jaar tegen pokken ingeënt. In het meest ongunstige geval had zich bij één op de ruim 24.000 vaccinaties een dodelijke complicatie voorgedaan. Polak maakte melding van 23 sterfgevallen, waarvan vijftien 'zeer waarschijnlijk' en vijf 'mogelijk' een gevolg waren van de pokkenvaccinatie. In drie gevallen viel een verband niet uit te sluiten. Volgens Polak was in bijna zeventig procent van de sterfgevallen sprake van een aandoening van het centrale zenuwstelsel.

De Encefalitiscommissie toonde zich tevreden over de nieuwe indeling, waarbij voor het eerst een onderscheid was gemaakt tussen hersenontsteking en andere complicaties. Omdat zij geschokt was door de vele sterfgevallen, beval zij minister Veldkamp aan te onderzoeken of de inentingsmethode moest worden gewijzigd en of handhaving van de Inentingswet wenselijk was.⁴⁷

De Inentingswet ter discussie

In februari 1964 vroeg minister Veldkamp de Gezondheidsraad of de overheid, gelet op het aantal hersenontstekingen, de pokkenvaccinatie in het eerste levensjaar nog moest bevorderen. Wester installeerde een Commissie inzake de pokkenvaccinatie, waarin ook deskundigen werden benoemd van wie bekend was 'dat hun opvatting inzake de pokkenvaccinatie afweek van de gebruikelijke'.⁴⁸

Ondanks het feit dat de commissie haar beraadslagingen in maart 1965 afrondde, bracht zij pas in april 1966 rapport uit. Oorzaak van de vertraging was de verdeeldheid onder de leden. Zij schaarden zich alleen unaniem achter de constatering 'dat de door de pokkenvaccinatie veroorzaakte entschade aanzienlijk is, mede in aanmerking nemende dat Nederland niet endemisch besmet is en de besmettingskans dus afhankelijk is van geïmporteerde pokkengevallen'. Allemaal waren zij het erover eens dat het aantal complicaties moest worden teruggedrongen, maar over de wijze waarop dit moest gebeuren liepen de meningen sterk uiteen. Een meerderheid van de commissie pleitte voor intrekking van de Inentingswet. Deze leden wilden de zuigelingenvaccinatie vervangen door een verplichte inenting van personen die door hun beroep een verhoogde kans liepen om met geïmporteerde pokken in aanraking te komen. Een grote minderheid van de commissie, waaronder Wester, vond de kans op besmetting 'nog te groot om de bevolking als geheel een bescherming hiertegen te onthouden'.⁴⁹ Na lang wikken en wegen besloot Wester het meerderheidsstandpunt als advies uit te brengen en van zijn recht gebruik te maken, zoals vastgelegd in artikel 31 van de Gezondheidswet, om in een begeleidend schrijven bij het advies zijn bezwaren ertegen ter kennis van de minister te brengen. Hij verwachtte daarvan meer resultaat dan van het uitbrengen van een minderheidsnota.

Het meerderheidsrapport gaf aan dat ondanks het feit dat in de laatste jaren 85 procent van de zuigelingen was ingeënt, slechts 25 procent van de bevolking over een solide immuniteit tegen pokken

beschikte. Onder een solide immuniteit verstond de commissie dat een primo- of revaccinatie hooguit drie jaar geleden was verricht. Omdat herinëntingen in Nederland niet op grote schaal plaatsvonden, bestond er bij een groot deel van de bevolking een zogenoemde residuele immuniteit (restimmuniteit: een zwakke bescherming tegen pokken). In gemeenschappen waar de residuele immuniteit groot was, zoals in Tilburg in 1951, had de pokkenepidemie 'de neiging langer onontdekt voort te sluimeren', waardoor mogelijk meer slachtoffers vielen dan in een niet-ingeeënte bevolkingsgroep, aldus de meerderheid van de commissie.

De tweede reden om voor te stellen de Inentingswet in te trekken stelde op het 'Memorandum on the Control of Outbreaks of Smallpox', dat in 1964 onder auspiciën van het Engelse ministerie van Volksgezondheid was verschenen. Dit document stelde dat een pokkenepidemie door middel van isolatie van patiënten en (re)vaccinatie van contactpersonen in de kiem kon worden gesmoord. In Nederland waren volgens het meerderheidsrapport maximaal duizend vaccinaties nodig om een pokkenepidemie tot staan te brengen.

Op grond van deze en andere argumenten vond de meerderheid van de commissie 'dat vaccinatie van omstreeks 200.000 zuigelingen per jaar - gezien het niet te verwaarlozen aantal complicaties met dodelijke afloop en het leed tengevolge van ernstige restverschijnselen bij niet dodelijk verlopende complicaties - een maatregel is welke dient te worden vervangen door een meer *gerichte vaccinatie* zoals die voor een exotische ziekte zoals pokken aangewezen lijkt'. Zij dacht aan verplichte (her)inenting van leden van risicogroepen als douaniers, (para)medisch en dienstverlenend personeel.

Wester, de mening van de minderheid van de commissie vertolkend, vond de kans dat inwoners van Europa besmet zouden worden door pokken aanzienlijk. Vooral het toenemend (vakantie)verkeer met streken waar besmette personen woonden, baarde hem zorgen. Hij voerde drie redenen aan waarom het 'principeel onjuist' was en 'niet in overeenstemming met de voorzichtigheid die de medicus past, de reële voordelen verbonden aan de bevolkingsvaccinatie prijs te geven en daarvoor de onzekerheden te accepteren die verbonden zijn aan de afschaffing van deze vaccinatie'.

In de eerste plaats bood volgens hem de aanwezige restimmuniteit onder de bevolking de garantie dat bij een pokkenepidemie het aantal slachtoffers beperkt zou blijven. Bovendien leverde revaccinatie sneller immuniteit op dan primovaccinatie. In de tweede plaats, zo betoogde Wester, ontbrak het wetenschappelijk bewijs voor een vermindering van het aantal complicaties bij vervanging van de zuigelingenvaccinatie door verplichte vaccinatie van leden van risicogroepen. Hij betwijfelde of het parlement 'enerzijds zou instemmen met een schorsing van de Inentingswet op grond van de complicaties die na pokkenenting worden waargenomen en anderzijds haar goedkeuring zou hechten aan een wet die de inenting voor grote groepen volwassenen verplicht stelt'. Tot slot wees Wester op 'de onzekerheden over de gevolgen die een import van pokken zal hebben'. Zo was het in zijn ogen niet uitgesloten dat de (niet-geïmmuniseerde) bevolking zich massaal zou aanmelden voor vaccinatie, met als gevolg een stijging van het aantal complicaties.

Wester beëindigde zijn brief met enkele voorstellen om de pokkenvaccinatie veiliger te maken. Hij pleitte voor betere scholing van vaccinateurs en intensivering van het onderzoek naar verbetering van het vaccin en de vaccinatiemethode.⁵⁰

Staatssecretaris Bartels wist zich geen raad met het sterk verdeelde advies. Na overleg met de Geneeskundige Inspectie en naar aanleiding van kamervragen van de SGP-er C.N. van Dis Sr. (1893-1973) besloot hij in februari 1967 de Gezondheidsraad opnieuw om advies te vragen. Haex, die Wester als voorzitter van de Raad was opgevolgd, zag af van een commissoriale aanpak, omdat hij vreesde voor een herhaling van zetten. Hij deed een beroep op de buitenstaander Willem Roelof Oege Goslings (1907-1985), hoogleraar microbiële ziekten in Leiden, om het vaccinatievraagstuk aan de hand van de laatste ontwikkelingen te analyseren.⁵¹ Het advies-Goslings komt in het volgende hoofdstuk ter sprake.

Onderzoek naar optimalisering van het vaccin

De samenstelling van het pokkenvaccin was geregeld onderwerp van discussie. Door verbetering van het vaccin probeerde men de zogenoemde 'vaccinatieziekte', een algemene reactie die gepaard ging met

koorts, terug te dringen. Onderzoek had aangetoond dat de gebruikte vaccinstam van invloed was op het ziekmakend vermogen van de pokstof. Vanaf 1956 maakte het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid bij de bereiding van pokkenvaccin gebruik van de uit het Deense Statens Seruminstitut afkomstige Kopenhagenstam. In Nederland vergeleek Polak het infecterend vermogen van de Kopenhagenstam met dat van de in Engeland gebruikte vaccinstof van het Lister Institute of Preventive Medicine in Elstree. Uit een proef onder de strijdkrachten bleek dat de Elstreestam minder ernstige complicaties veroorzaakte en later werd dit ook bij zuigelingen gevonden.⁵² Resultaat was dat het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid met ingang van 1 januari 1963 de Kopenhagenstam verving door de Elstreestam.

Van groot belang was de vraag of het Elstreevaccin ook een positief, dus inperkend, effect had op het aantal hersenontstekingen. In 1966 kwam de 'kleine commissie' uit de Encefalitiscommissie op grond van een vergelijkend onderzoek van het aantal complicaties in de jaren 1959-1962 en 1963-1964 tot de slotsom dat het nog te vroeg was voor definitieve conclusies.⁵³

Kort na de introductie van het Elstreevaccin ontwikkelden Hoite Sywert Posthuma, Frits Dekking en Jan van der Noordaa, allen werkzaam op het Laboratorium voor Gezondheidsleer van de Universiteit van Amsterdam, het naar hen genoemde PDN-vaccin. Laatstgenoemde wijdde er in 1964 zijn dissertatie aan.⁵⁴ Het PDN-vaccin, dat werd bereid uit bebroede kippeëieren, was bedoeld voor pre-immunisatie. Een half jaar later volgde 'revaccinatie' met kalvervaccin. Ook nu fungeerden soldaten als proefpersoon. Een onderzoek onder 30.000 militairen toonde aan dat door toepassing van het PDN-vaccin het aantal 'minder ernstige complicaties' afnam. Dit was voor de Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen, die toentertijd onder voorzitterschap stond van Wester, geen reden de minister van Defensie te adviseren het PDN-vaccin voor gebruik vrij te geven. Zij schreef in oktober 1965 dat het vaccin eerst moest worden getoetst aan de regels van de Wereldgezondheidsorganisatie voor bereiding van pokkenvaccins. Bovendien stelde zij dat ook na toediening van PDN-vaccin hersenontsteking kon ontstaan en dat de militairen gedurende de periode dat zij wachtten op 'revaccinatie', om medische redenen inmiddels opgelopen tot één jaar, onvoldoende beschermd waren tegen pokken.

Deze ontwikkelingen waren voor de regering aanleiding de Gezondheidsraad in februari 1966 te vragen of het PDN-vaccin tot de markt mocht worden toegelaten. De betrokken commissie⁵⁵ vroeg zich in eerste instantie af of het PDN-vaccin aan de veiligheidsnormen van de Wereldgezondheidsorganisatie voldeed. Na een bezoek aan de afdeling Virologie van het Laboratorium voor Gezondheidsleer werd deze vraag ontkennend beantwoord. Een vergelijking van het ziekmakend vermogen van het PDN-vaccin met dat van het Elstreevaccin was (nog) niet mogelijk, aldus de commissie in een advies uit januari 1967.⁵⁶ Voor de regering waren deze bevindingen reden de proeven met PDN-vaccin te beëindigen.

De pokkenvaccinatie veroorzaakte aan het eind van de hier beschreven periode nog altijd dodelijke slachtoffers. De Inentingswet kwam meer en meer onder druk te staan, vooral omdat de kans op het uitbreken van een pokkenepidemie steeds kleiner werd. Door het ontbreken van een duidelijk advies van de Gezondheidsraad piekerden de bewindslieden er niet over de Inentingswet in te trekken. Het volgende hoofdstuk besteedt aandacht aan de ontwikkelingen na 1966.

7.2.2 Andere besmettelijke ziekten

Preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten bleven onverflauwd in de belangstelling van de Gezondheidsraad staan. In de jaren 1955-1966 was ruim één op de vier adviezen aan dit thema gewijd. Het leeuwedeel daarvan betrof rapporten over pokken/encefalitis (16 procent), tuberculose (24 procent) en polio (34 procent). De laatste twee ziekten komen op de volgende bladzijden aan bod.

Tuberculose

De ziekte en sterfte aan tuberculose namen in de jaren vijftig en zestig jaren verder af. Het aantal gevallen van sterfte per 10.000 inwoners daalde van 1,9 in 1950 tot 0,2 in 1964. De belangrijkste redenen voor dit succes waren: de onverminderde inzet van de consultatiebureaus, die zich in deze periode vooral toegedden op het bevolkingsonderzoek; verbetering van de behandelingsmethoden (chemotherapie en

antibiotica); en uitbreiding van het tuberculine-onderzoek. Desondanks bleef 'tuberculose' deel uitmaken van het werkprogramma van de Gezondheidsraad. Centraal in de beraadslagingen stond de vraag of de gewijzigde epidemiologische omstandigheden gevolgen moesten hebben voor de tot dan toe gehanteerde bestrijdingswijzen.

Een van de onderwerpen die daarbij aan de orde kwamen was de BCG-vaccinatie, waarvoor, wegens het optreden van complicaties, alleen leden van risicogroepen in aanmerking kwamen.⁵⁷ In het midden van de jaren vijftig drongen sommige tuberculose-artsen aan op inenting van schoolverlaters in de leeftijdscategorie van twaalf tot veertien jaar. Deze medici vreesden dat door teruglopende besmettingskansen de jeugd als 'maagdelijke bodem' onvoldoende beschermd was tegen de tuberkelbacil. De Geneeskundige Inspectie pleitte daarentegen voor beperking van de BCG-vaccinatie, omdat in haar ogen de verbetering van de leefomstandigheden de belangrijkste reden was voor het toegenomen weerstandsvermogen van de bevolking. Op verzoek van minister Suurhoff zette geneeskundig inspecteur C.R.N.F. van Joost, speciaal belast met de tuberculosebestrijding, de verschillende opvattingen op papier.⁵⁸ Zijn nota werd door de bewindsman in september 1956 voorgelegd aan de Gezondheidsraad.

De betrokken commissie bracht in mei 1959 advies uit. Daarin handhaafde zij het in 1952 ingenomen standpunt dat BCG-vaccinatie alleen bestemd was voor personen die aan infectiegevaar blootstonden. De schoolverlaters vormden volgens de commissie geen risicogroep. Beperking of beëindiging van het vaccinatieprogramma wees zij van de hand, omdat in Nederland geen ernstige complicaties voorkwamen. Ook eventuele fouten bij vervaardiging of gebruik van het vaccin, waardoor in Scandinavië vier personen aan de inenting overleden waren, vormden geen reden de BCG-vaccinatie stop te zetten. De commissie schreef:

'De medische ethiek heeft deze risico's als onafwendbaar aanvaard voornamelijk op grond van het feit, dat niet-aanvaarding van enig risico tot volstreekte abstinentie van enig medisch handelen zou voeren, waardoor gemeenschap en individu grote schade zouden lijden.'⁵⁹

Minister Van Rooy bracht conform het advies geen wijziging aan in het beleid dat sinds 1952 werd gevoerd.

Ook bij de bespreking van andere preventieve maatregelen tegen tuberculose riepen commissies van de Gezondheidsraad de regering op waakzaam te blijven. In twee adviezen werd zelfs gepleit voor verscherping van het beleid. Dit was de eerste maal het geval in november 1958, toen een commissie voorstelde ter bescherming van het verplegend personeel patiënten te verplichten zich voor een ziekenhuisopname te laten onderzoeken op tuberculose.⁶⁰ De regering voerde het plan niet uit, omdat het een inbreuk betekende op de vrijheid van patiënten en niet primair gericht was op het belang van de zieke. Bovendien zou door het dalend aantal gevallen van tuberculose de noodzaak voor de maatregel ontbreken.⁶¹

Drie jaar later adviseerde een commissie van de Gezondheidsraad leerlingen te verplichten aan het periodieke tuberculine-onderzoek deel te nemen. Aanleiding voor het advies waren de tuberculose-explosies die op enkele scholen waren opgetreden en waarvoor de besmettingsbron bij de leerlingen moest worden gezocht.⁶² Ook nu gaf de regering geen gehoor aan de wens een dwangmaatregel in te voeren. Directeur-generaal Muntendam lichtte toe dat er geen reden was aan te nemen 'dat onze bevolking, die onder het stelsel van vrijwilligheid zich steeds bijzonder coöperatief heeft getoond in de tuberculosebestrijding, juist op dit punt de betekenis van deze maatregel niet zou onderkennen en een afwijzende houding zou innemen'. Bovendien was het volgens hem nog maar de vraag of het aantal deelnemers aan het onderzoek bij een wettelijke verplichting zou toenemen.⁶³

Behalve over preventieve maatregelen liet de Gezondheidsraad zich in de 'periode-Wester' ook uit over de organisatiestructuur van de tuberculosebestrijding. In juli 1957 verzocht minister Suurhoff de Raad zijn licht te laten schijnen over de toekomstige rol van de consultatiebureaus en de methodiek van de tuberculosebestrijding in het algemeen. Het antwoord van de betrokken commissie werd over twee rapporten verspreid. Het eerste advies, dat bijna tweehonderd pagina's en zeventig conclusies telde, verscheen in juli 1962. Daarin gaf de commissie een uitvoerig overzicht van de methodiek van de tuberculosebestrijding. Zij vond dat de epidemiologische omstandigheden noopten tot een in hoofdzaak preventieve bestrijdingswijze, dat wil zeggen: opsporing en uitschakeling van actieve besmettingsbronnen en daarnaast voorkoming, zoveel als mogelijk, van activering van potentiële besmettingsbronnen.⁶⁴ Opsporingstechnieken waren de tuberculinereactie en het röntgen- en sputumonderzoek.⁶⁵

In het voorjaar van 1961 vatte de commissie het tweede deel van haar taak aan, het op grond van wetenschappelijke richtlijnen in kaart brengen van de toekomstige rol van de consultatiebureaus. Volgens geneeskundig hoofdinspecteur Hendrik Jan Dijkhuis (1909-1972)⁶⁶ was de Gezondheidsraad niet het aangewezen lichaam om te adviseren over de organisatievorm van de tuberculosebestrijding. Hij zag de activiteiten van de Raad op dit terrein als een doorkruising van het werk van de Geneeskundige Inspectie.⁶⁷ Wester vroeg minister Van Rooy uitsluitel te geven en riep Dijkhuis op samen te werken om 'een weloverwogen advies over de tuberculosebestrijding in haar gehele omvang, zowel naar de wetenschappelijke als naar de organisatorische kant' tot stand te brengen.⁶⁸ Nadat Van Rooy de door Suurhoff gegeven opdracht had bevestigd, verklaarde Dijkhuis zich bereid met de commissie van de Gezondheidsraad te overleggen. De commissie vergaderde 35 maal en bracht op 28 februari 1966 advies uit.

Minister Veldkamp drong aan op spoedige besluitvorming. Hij had behoefte aan een advies, omdat afbrokkeling dreigde van het bestrijdingsapparaat tegen tuberculose. Het werd steeds moeilijker in de vacatures bij de consultatiebureaus te voorzien, omdat vele artsen, onder meer vanwege de lage salariering, geen brood meer zagen in de tuberculosebestrijding. Wester schreef de bewindsman in juni 1965 dat de commissie een heel eind met haar werk was gevorderd. Aangezien een definitief standpunt nog niet naar buiten kon worden gebracht, maakte Wester 'terwille van de urgentie van de zaak, op Uw dringend verzoek en in overleg met de Geneeskundige Hoofdinspectie' zijn persoonlijke mening kenbaar. Hij schreef in zijn nota, uitgebracht als advies van de Gezondheidsraad, dat de gewijzigde epidemiologische omstandigheden om een aanpassing van de organisatiestructuur vroegen. Sinds 1922 werden de consultatiebureaus op basis van een grote mate van autonomie beheerd door provinciale en grootstedelijke organisaties, die onderdeel uitmaakten van de (Koninklijke) Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose. Wester vond het onverantwoord deze organisatievorm te liquideren en terug te vallen op individuele behandeling van patiënten door huisartsen en specialisten. In zijn ogen moesten de consultatiebureaus ook in de toekomst als spil van de tuberculosebestrijding fungeren. Voorwaarde was dat zij zich zouden omvormen tot een centraal georganiseerde epidemiologische opsporings- en bestrijdingsdienst, genaamd Centrale Stichting ter exploitatie van consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding.⁶⁹

Minister Veldkamp was onder de indruk van de voorstellen en vroeg om meer informatie over de mogelijkheid van oprichting van een Centrale Stichting. Wester voldeed in december 1965 aan dit verzoek door het desbetreffende hoofdstuk uit het nog altijd in de steigers staande eindrapport aan de bewindsman op te sturen. Daaruit bleek dat een meerderheid van de commissie, waarin ook vertegenwoordigers van het particulier initiatief waren opgenomen, tegen alleen de vorming van een 'Staatsdienst tot bestrijding der tuberculose' was. Naast de Centrale Stichting moesten volgens het meerderheidsrapport de provinciale en grootstedelijke verenigingen deel blijven uitmaken van het bestrijdingsapparaat. In minderheidsnota's werd gepleit voor respectievelijk verdergaande centralisatie en handhaving van het bestaande systeem.⁷⁰

Zoals gememoreerd, werd op 28 februari 1966 het eindrapport van de commissie uitgebracht. Daarin werd gesteld dat de terugtocht van tuberculose niet mocht leiden tot opheffing van het bestrijdingsapparaat. De commissie voerde hier twee argumenten voor aan. In de eerste plaats was het onzeker of de daling van het aantal gevallen van tuberculose zich zou voortzetten als de consultatiebureaus de teugels lieten vieren. In de tweede plaats vormden de kleine epidemieën die geregeld uitbraken reden alert te blijven. Volgens de commissie moest het doel van de tuberculosebestrijding zijn 'de circulatie van de tuberkelbacteriën in zo kort mogelijke tijd tot het uiterste te beperken en daardoor de morbiditeit tot het uiterst bereikbare minimum te reduceren'. Dit vereiste een epidemiologische bestrijdingswijze, in plaats van de sinds de jaren twintig bestaande patiëntgerichte aanpak. Bovendien bestond er meer behoefte aan centrale planning, om de epidemiologische gegevens op een efficiënte wijze te kunnen verzamelen en statistisch te bewerken, aldus de commissie. Het rapport stond verder uitvoerig stil bij het functioneren en de interne organisatie van de consultatiebureaus; de samenwerking tussen consultatiebureaus en andere instanties en personen die actief waren op het terrein van de tuberculosebestrijding; de behandeling van patiënten; en de opleiding en recrutering van personeel.⁷¹

Staatssecretaris Bartels reageerde verheugd op het advies. Hij was zich bewust van het feit dat een reorganisatie van de tuberculosebestrijding gepaard kon gaan met conflicten met de betrokken organisaties. Om de discussie in alle rust te kunnen voeren hield hij publikatie van het rapport voorlopig tegen. De

bewindsman zegde toe de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose nauw te zullen betrekken bij het reorganisatie-overleg.⁷² Uiteindelijk werd pas in de loop van de jaren zeventig een begin gemaakt met de aanpassing en inkrimping van het bestrijdingsapparaat tegen tuberculose. Niet de Gezondheidsraad, maar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zou dit proces met adviezen 'begeleiden'.

Polio

Poliomyelitis anterior acuta (polio, kinderverlamming) is een acute infectieziekte die door een virus wordt veroorzaakt.⁷³ Het poliovirus kent drie typen, die weer onderverdeeld worden in verschillende stammen of varianten. De besmetting met het poliovirus vindt plaats via de mond door contact met ontlasting of speeksel van aangetaste personen. De meeste besmettingen verlopen slechts met milde ziekteverschijnselen, zoals lichte koorts, hoofdpijn en maag-darmklachten. De ernst van de verlammingen bij de zwaardere poliogegevallen hangt af van de schade die het virus heeft aangericht in de hersenen of het ruggemerg. Eenmaal besmette personen blijven immuun voor het desbetreffende type poliovirus.⁷⁴

Polio werd tot het midden van de vorige eeuw nauwelijks waargenomen. Rond de eeuwwisseling trad de ziekte epidemisch op in de Verenigde Staten, Canada en de Scandinavische landen. Sindsdien nam het aantal ziektegevallen snel toe. In Nederland bestond weinig zicht op het aantal poliogegevallen. Dit veranderde in 1924, toen er een verplichting kwam tot aangifte van gevallen van polio bij de inspectie. Tot 1929 bleef het aantal nieuwe gevallen beneden de honderd per jaar. In 1929, toen Nederland door de eerste polio-epidemie werd getroffen, steeg het cijfer plotseling tot boven de vijfhonderd, en deden zich bovendien 79 sterfgevallen voor.⁷⁵ Na 1930 nam het aantal gevallen van kinderverlamming drastisch af, maar de vreugde was van korte duur: vanaf 1938 zou Nederland met grote regelmaat door polio-epidemieën worden getroffen. De polio-epidemie van 1956 boekte een record: 2206 patiënten, van wie er 1784 verlammingverschijnselen kregen.⁷⁶

In 1955 slaagde de Amerikaanse chemicus en viroloog Jonas Edward Salk (geb. 1914) erin een vaccin tegen polio te ontwikkelen.⁷⁷ Dit zogenoemde IPV- (Inactivated Polio Vaccine) of Salkvaccin was bereid uit dood virus en moest worden ingespoten. Kort na deze ontdekking kwam een landgenoot van Salk, de medisch microbioloog en kinderarts Albert Bruce Sabin (geb. 1906), met een ander vaccin tegen polio op de proppen. Dit OPV- (Oral Polio Vaccine) of Sabinvaccin bevatte levend poliovirus, dat echter door bepaalde ingrepen was verzwakt en het centrale zenuwstelsel niet langer kon aantasten. Het Sabinvaccin werd gedruppeld op een suikerklontje en via de mond toegediend.

De ontdekkingen van Salk en Sabin werden over de hele wereld als een doorbraak begroet. Over de voor- en nadelen van beide vaccins zijn boeken vol geschreven. In de loop van de hier beschreven periode werd duidelijk dat het Salkvaccin als voordelen had dat het bescherming bood tegen alle drie typen poliovirussen en geen complicaties veroorzaakte. Het Sabinvaccin daarentegen beschutte slechts tegen één van de drie typen virussen en ging soms gepaard met een bijwerking. De voordelen van het Sabinvaccin waren dat het sneller bescherming bood - van belang bij de bestrijding van epidemieën - en dat het ook de darmwand immuniseerde. Door deze laatste eigenschap kon het Sabinvaccin via de ontlasting ongevacceerden 'besmetten' met het levende, maar ongevaarlijke poliovirus. Deze indirecte 'besmetting' bood de betrokkenen blijvende bescherming tegen polio. Deze 'immunisatiemethode' was bij het Salkvaccin uitgesloten.⁷⁸

In Nederland werd, net als in de rest van de wereld, volop gediscussieerd over de vraag aan welk vaccin de voorkeur moest worden gegeven. Hoewel de meeste landen aanvankelijk kozen voor het Salkvaccin, won het Sabinvaccin steeds meer terrein. Nederland was, op advies van de Gezondheidsraad, een van de weinige landen waar de overheid het Salkvaccin trouw bleef. Deze paragraaf bevat een overzicht van de ontwikkelingen tot 1967.

Op 11 april 1955, precies tien jaar na de sterfdag van de aan kinderverlamming lijdende Amerikaanse president Franklin Roosevelt (1882-1945), maakte Salk bekend dat hij een doeltreffend vaccin tegen polio had ontwikkeld. Hij baseerde zijn stelling op een proef bij twee miljoen kinderen, waarbij zich nauwelijks complicaties hadden voorgedaan. Eén maand later besloot de Amerikaanse regering de distributie van het vaccin stop te zetten, omdat in de staat Idaho tientallen kinderen polio hadden gekregen als gevolg van

de vaccinatie. Later bleek dat een van de bedrijven die betrokken waren bij de massaproductie een met levend virus besmet vaccin had afgeleverd. In de loop van 1955 werden de controlemaatregelen verscherpt en kon de vaccinatiecampagne voortgang vinden.⁷⁹

Directeur-generaal Muntendam vroeg de Gezondheidsraad de recente ontwikkelingen te bestuderen. Wester formeerde de Commissie inzake poliomyelitis, kortweg Poliocommissie genoemd, die onder zijn leiding zeventien adviezen uitbracht.⁸⁰ In mei 1955 kwamen de leden voor de eerste maal bijeen. In twee adviezen, uitgebracht in respectievelijk juni 1955 en mei 1956, toonden zij zich niet overtuigd van de beschermende werking van Salkvaccin. De commissie trok de immuniteitsduur van het vaccin in twijfel. Een daadwerkelijke en blijvende immuniteit kon volgens haar slechts worden bereikt met een vaccin dat levend virus bevatte.⁸¹ Daarnaast stelde de commissie dat in de Verenigde Staten vooral kinderen van zeven en acht jaar werden gevaccineerd, terwijl in Nederland kinderen onder de vijf jaar voor de inenting in aanmerking kwamen.⁸² Over de (bij)werking van het Salkvaccin bij kleuters was nog weinig bekend, aldus de commissie. Zij concludeerde in beide adviezen dat de minister een afwachthouding moest innemen en voorlopig van de invoer van Salkvaccin diende af te zien.⁸³ Muntendam maakte in een reactie op het advies bekend dat de regering de poliovaccinatie voorlopig niet zou bevorderen. Hij kon zich volledig met de zienswijze van de raadgevers verenigen en zegde toe het wetenschappelijk onderzoek naar een goed vaccin te zullen intensiveren.⁸⁴

Een stroom van publikaties over de succesrijke toepassing van Salkvaccin in en buiten de Verenigde Staten bracht de Poliocommissie in de loop van 1956 op andere gedachten. Vooral de constatering dat de veiligheid van Salkvaccin dank zij de perfectionering van het inactiveringsproces absoluut viel te noemen en dat er bovendien aanwijzingen bestonden dat vaccinatie met gedood virus een langdurige, zo niet blijvende immuniteit tegen polio verschaftte, brachten de commissie ertoe van koers te veranderen. Daarnaast was de zware polio-epidemie van 1956 een belangrijke reden vaart te zetten achter de introductie van Salkvaccin in Nederland. Begin november adviseerde de Poliocommissie dat artsen in staat moesten worden gesteld met Salkvaccin in te enten.⁸⁵ Enkele weken later schreef zij dat massavaccinatie tegen polio op basis van vrijwilligheid en onder auspiciën en op kosten van de overheid noodzakelijk was. In de herfst van 1957 zou hiermee een aanvang moeten worden gemaakt, gebruik makend van geïmporteerd Salkvaccin, aldus de commissie. Zij sprak de verwachting uit dat de Geneeskundige Inspectie zou worden belast met de organisatie van de vaccinatiecampagne.⁸⁶

Minister Suurhoff deelde de Tweede Kamer begin december mee dat de import van Salkvaccin op advies van de Gezondheidsraad was mogelijk gemaakt en bovendien kondigde hij aan dat Nederland zelf Salkvaccin zou gaan produceren.⁸⁷ Bijna tegelijkertijd verzocht de bewindsman de Geneeskundige Inspectie een voorstel in te dienen voor een landelijk vaccinatieprogramma tegen polio. In samenwerking met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de hoofdbesturen van kruisorganisaties en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ontwierp de inspectie een plan, dat in mei 1957 in alle dagbladen werd gepubliceerd. Kern van het voorstel was dat gemeenten, kruisorganisaties, artsen en gemeentelijke gezondheidsdiensten in zogenoemde entgemeenschappen, onder toezicht van de inspectie, zouden gaan samenwerken. In het najaar van 1957 moesten de kinderen die geboren waren in 1955 op basis van vrijwilligheid worden ingeënt. De volledige behandeling bestond uit drie inentingingen, die in een periode van zeven tot acht maanden werden toegediend.⁸⁸

Enkele maanden later maakte de regering bekend dat binnen drie jaar alle kinderen tot en met veertien jaar de kans kregen zich op kosten van de overheid tegen polio te laten inenten. Dit landelijke vaccinatieprogramma werd een groot succes. In 1960 was 87 procent van de kinderen uit de jaarklassen 1945-1957 met Salkvaccin ingeënt. De massavaccinatie drong het aantal poliogeveallen sterk terug: van 203 in 1957 tot rond de tien in de jaren na 1965. Alleen in gemeenten waar veel gemoedsbezwaarden woonden, traden, door het lage inentingspercentage, nog polio-explosies op.⁸⁹

De Poliocommissie bleef, zij het met grote tussenpozen, bijeenkomen om het verloop van de vaccinatiecampagne te volgen, de vorderingen van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid bij de ontwikkeling van een vaccin te bespreken, en de uitkomsten van onderzoek met levend vaccin uit binnen- en buitenland te analyseren. In februari 1960 adviseerde de commissie het aantal inentingingen tegen polio op vier te brengen en te laten uitvoeren op de leeftijd van respectievelijk drie, vier, vijf en twaalf maanden. Voordeel was dat kinderen, die tot dan toe pas vanaf tweejarige leeftijd werden ingeënt, eerder bescherming genoten tegen het poliovirus. Bovendien kon men het totale aantal inentingingen terugbrengen

van zeven naar vier, door inpassing van de polio-inenting in het sinds 1951 bestaande inentingsprogramma voor zuigelingen tegen difterie, kinkhoest en tetanus (DKT-vaccin).⁹⁰ Dit voorstel werd met ingang van 1 mei 1962 praktijk, toen het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid genoeg DKTP-vaccin had bereid om te kunnen starten met massale inenting.

Begin jaren zestig laaide de discussie over de voor- en nadelen van levend en dood poliovaccin weer op, omdat Sabin een vaccin had ontwikkeld dat nauwelijks nog bijwerkingen vertoonde. In augustus 1960 werd het nieuwe Sabinvaccin in de Verenigde Staten in de handel gebracht. Eind 1960 spraken deskundigen de verwachting uit dat het Salkvaccin snel het onderspit zou delven.⁹¹

De Poliocommissie van de Gezondheidsraad kwam in november 1960 bijeen om de in Nederland te volgen gedragslijn te bezien. Verschillende landen waren inmiddels geheel of gedeeltelijk op Sabinvaccin overgestapt. Desondanks wenste de commissie geen verandering aan te brengen in het tot dan toe gevolgde beleid. Tegenover de vele voordelen van Sabinvaccin stond het nadeel dat het door de gevaccineerden uitgescheiden virus ongevaccineerden kon besmetten.⁹²

Wester was teleurgesteld over het feit dat de commissie niet tot een afgerond oordeel was gekomen over de plaats van het Sabinvaccin in het Nederlandse inentingsprogramma. Hij had zelf als beeld voor ogen dat de inenting met Salkvaccin onverminderd konden worden voortgezet, maar dat men daarnaast bij een polio-explosie een beroep kon doen op levend vaccin. Om in noodsituaties te kunnen optreden zou er volgens de voorzitter een kleine voorraad Sabinvaccin moeten zijn. Hij verweet de commissie 'dat zij deze, de voor Nederland in het licht van de huidige stand van de wetenschap meest juist lijkende weg niet heeft aangewezen'. Wester verwachtte geen resultaat van indiening van een minderheidsnota en wilde los van de commissie de regering van zijn gelijk overtuigen en de 'fout' van zijn collega's herstellen. Haast was volgens hem geboden, want een polio-epidemie leek op komst. Hij probeerde directeur-generaal Muntendam ertoe te bewegen in kleine kring, en buiten de Gezondheidsraad om (!), zijn standpunt te bespreken en als leidraad voor het beleid te aanvaarden.⁹³ Vermoedelijk heeft dit overleg niet plaatsgevonden.

In juli 1961 bood Wester met grote vertraging het door de commissie opgestelde advies aan de minister aan. Op dezelfde dag stuurde hij een brief naar Muntendam waarin hij zich afvroeg of de werkzaamheden van de Poliocommissie nog moesten worden voortgezet, 'daar ik mij moeilijk kan onttrekken aan de indruk dat meerdere leden hierop geen prijs stellen. Hieruit zou te verklaren zijn de bijzondere terughoudendheid waarmee verschillende leden in de commissie het probleem hebben benaderd. Hier spelen belangen, prestige- en competentiekwesties een zodanige rol dat niet verwacht mag worden dat hieruit een behoorlijk wetenschappelijk gefundeerd oordeel kan worden geformeerd ten behoeve van de beleidsvoering. Het tijdstip waarop het stuk U bereikt en het gehalte van het nu aangeboden rapport hangt met de bovengenoemde omstandigheden samen.' Wester wilde de commissie alleen nog bijeenroepen 'als de leden zich bereid zouden tonen een constructieve bijdrage te leveren'.⁹⁴ De directeur-generaal, zelf commissielid, was tegen ontbinding van de commissie. Hij berichtte Wester dat hij hoofdinspecteur Dijkhuis had verzocht zijn denkbeelden op papier te zetten over het te voeren poliovaccinatiebeleid in 1962 en over het mogelijk gebruik van Sabinvaccin, mede in verband met de stijging van het aantal poliogeveallen in Duitsland en België. Muntendam was met Dijkhuis overeengekomen dat zijn nota aan de Poliocommissie zou worden voorgelegd.⁹⁵

De nota-Dijkhuis zag het licht in oktober 1961. Daarin betoogde de hoofdinspecteur dat de zuigelingenvaccinatie tegen polio moest worden voortgezet en bovendien ingepast in het reeds bestaande inentingsprogramma tegen difterie, kinkhoest en tetanus. Dijkhuis vond het raadzaam een voorraad Sabinvaccin te laten aanleggen, die kon worden aangesproken voor revaccinatie en waarop men kon terugvallen in bepaalde epidemische omstandigheden.⁹⁶ Ruim een half jaar later verscheen het advies van de Poliocommissie. Hoewel zij concludeerde 'dat de huidige stand van de wetenschap haar geen aanleiding geeft terug te komen op het eerder door haar ingenomen standpunt, dat aan het Salkvaccin voor de gebruikelijke zuigelingenentingen de voorkeur moet worden gegeven', liet de commissie, op voorspraak van Wester, de mogelijkheid open Sabinvaccin toe te passen voor bestrijding van een epidemie. Zij gaf de minister in overweging dan eerst haar oordeel te vragen.⁹⁷

In de zomer van 1962 was het zover, toen de Geneeskundige Inspectie, ter bestrijding van een polio-explosie onder Amsterdamse voogdkinderen, voorstelde contactpersonen met Sabinvaccin 'in te enten'. De Poliocommissie kwam met spoed samen en beval de minister aan het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid een vergunning te verlenen voor de import van een kleine hoeveelheid levend vaccin.⁹⁸

Enkele maanden later werd het Sabinvaccin op bescheiden schaal en onder controle van de inspectie toegepast.⁹⁹

De keuze tussen de Salk- en Sabinvaccins bleef de gemoederen bezighouden. In november 1962 adviseerde de Poliocommissie desgevraagd dat de basisimmuniteit tegen polio door revaccinatie in stand moest blijven. De herinëntingen moesten worden gecombineerd met die tegen difterie, kinkhoest en tetanus en plaatsvinden op de leeftijd van vier, zeven en tien jaar. Met uitzondering van de hoogleraar in de kindergeneeskunde Jacob Hijmans de Haas (1900-1985) en hoofdinspecteur Dijkhuis pleitten de commissieleden ervoor het Salkvaccin ook bij revaccinatie in te zetten. Volgens De Haas, die een minderheidsnota indiende, was het levend vaccin doeltreffender. Hij riep de regering op Nederland niet in een isolement te plaatsen, aangezien praktisch alle landen geheel of gedeeltelijk op Sabinvaccin waren overgestapt.

In zijn aanbiedingsbrief bij het advies ging Wester uitgebreid in op de minderheidsnota van De Haas.¹⁰⁰ De voorzitter bestreed dat Nederland een uitzonderingspositie innam. Volgens hem werd er ook in Australië, Canada, Denemarken, Frankrijk en Zweden hoofdzakelijk of uitsluitend met Salkvaccin ingeënt. De stelling van De Haas dat met Sabinvaccin betere resultaten werden geboekt, vond Wester uit de lucht gegrepen. Hij wees de minister nogmaals op de voordelen van Salkvaccin, zoals de mogelijkheid dit middel te integreren in het bestaande DKT-inentingsprogramma en het feit dat de inentingen geen complicaties veroorzaakten.¹⁰¹

Het advies van de Poliocommissie volgend besloot minister Veldkamp in 1963 het beleid niet te veranderen. De internationale opmars van Sabinvaccin ging evenwel onverminderd voort. In 1963 werd in elf van de negentien bij de Association Européenne contre la Poliomyélite aangesloten landen uitsluitend levend vaccin toegepast, terwijl dit in 1958 in nog geen enkel land het geval was.¹⁰² Ook in Nederland, met ieder jaar nog zo'n dertig poliogeallen, bleven deskundigen pleiten voor aanvulling van het inentingsprogramma met Sabinvaccin. Zo drong Dijkhuis er bij Veldkamp op aan in 1964 alle kinderen in de leeftijd van één tot veertien jaar met Sabinvaccin type 1 aan te bieden. Op 31 januari 1964 vroeg staatssecretaris Bartels aan Wester binnen een week zijn mening over het voorstel van de hoofdinspecteur te geven. De bewindsman was alleen bereid de benodigde gelden voor de eenmalige massavaccinatie met Sabinvaccin aan te vragen als Wester hiervoor een dringende medische reden, bijvoorbeeld dat het aantal gevallen van polio drastisch zou afnemen, kon aanvoeren.

Wester schreef in zijn advies dat ieder standpunt over poliovaccinatie onvermijdelijk subjectief was, omdat er, ondanks vele publikaties, onduidelijkheid bleef bestaan over bijvoorbeeld de immuniteitsduur van de vaccinaties. Volgens de voorzitter hoefde het tot dan toe gevoerde beleid niet te worden bijgesteld. Het jaarlijks aantal gevallen van polio vond hij niet verontrustend en bovendien ontbrak het wetenschappelijk bewijs dat toediening van Sabinvaccin het aantal ziektemeldingen zou reduceren. Wester drong aan op opvoering van de voorlichting in die streken waar het inentingspercentage ver achterbleef bij het landelijke gemiddelde van bijna negentig procent. In deze gebieden traden de meeste poliogeallen op en 'op die plaatsen moet de bevolking door een niet-aflatende voorlichting en opvoeding ertoe worden gebracht zich te onderwerpen aan enting met het thans gebruikte dode vaccin', aldus Wester. Hij veronderstelde dat de gemoedsbezwaarden zich niet sneller zouden laten 'inenten' wanneer ze het suikerklontje kregen voorgeschoteld. Verder vormde voor Wester het feit dat niet-ingeeënten door contact met het uitgescheiden vaccinvirus alsnog werden beschermd tegen polio geen basis voor een verantwoord volksgezondheidsbeleid, vooral omdat complicaties niet waren uitgesloten. Het persoonlijke advies van Wester verloor enigszins aan kracht door zijn slotopmerking dat overwogen kon worden 'of de huidige situatie m.b.t. de kleuterbevolking - met het hoogste percentage ziektegevallen en de intensiefste viruscirculatie - ook niet als een voor toepassing van levend vaccin in aanmerking komende situatie moet worden beschouwd, mede omdat deze groep waarschijnlijk beter bereikt zal worden door een *orale* vaccinatie dan door een vaccinatie door middel van injecties. Toediening van een dosis oraal vaccin bij het begin van de kleuterleeftijd lijkt mij een alleszins reële propositie'. Wester voegde hieraan toe dat een dergelijke maatregel niet moest worden ingevoerd zonder de Poliocommissie te raadplegen.¹⁰³

Conform de aanbeveling verzocht staatssecretaris Bartels de inspectie om de voorlichtingscampagne te intensiveren. Aan de Gezondheidsraad vroeg hij of deze maatregel afdoende was om het aantal gevallen van polio, in 1963 gestegen tot 31, omlaag te brengen. Ook nu zag de

Poliocommissie geen noodzaak voor een wijziging van het beleid. Desondanks dachten de meeste leden dat toepassing van Sabinvaccin kon bijdragen aan verdere reductie van het aantal ziektegevallen, aangezien dit vaccin 'de circulatie van het poliomyelitisvirus kan inperken om aldus ook diegenen die niet zijn beschermd door een Salk-vaccinatie, te laten profiteren van een gemeenschapsbescherming welke door een geringere viruscirculatie wordt verkregen'. Zij stelden daarom voor om in 1965 Sabinvaccin type 1, als aanvulling op het DKTP-programma, aan kleuters aan te bieden, omdat een dergelijke toepassing 'medisch-ethisch gezien volkomen verantwoord mag worden genoemd, gezien de toch zeer uitgebreide ervaring welke met dit vaccin elders in de wereld is opgedaan'. Twee van de uit acht leden bestaande commissie konden zich op respectievelijk wetenschappelijke en morele gronden niet met het advies, dat in juni 1964 verscheen, verenigen. Bij laatstgenoemd bezwaar ging het om het feit dat gemoedsbezwaarden door toepassing van Sabinvaccin indirect en tegen hun zin werden 'ingeënt'.¹⁰⁴

Staatssecretaris Bartels wilde niet overhaast het vaccinatieprogramma uitbreiden. In november 1964 vroeg hij de Gezondheidsraad of er na verschijning van het advies nieuwe wetenschappelijke feiten over het gebruik van Sabinvaccin bekend waren geworden. Hij doelde vooral op het Europese Symposium over poliomyelitis, dat in oktober 1964 in Warschau was gehouden.

Drie maanden later rapporteerde de Poliocommissie dat, hoewel er geen nieuwe gegevens boven tafel waren gekomen, 'een opschorting van het besluit om in 1965 experimenteel Sabinvaccin toe te passen te overwegen ware'. Zij voerde drie argumenten aan voor het feit dat ze op haar schreden terugkeerde, ten gunste van het Salkvaccin. In de eerste plaats was de circulatie van het poliovirus in Nederland in 1964 flink afgenomen, zodat het niet goed mogelijk zou zijn het effect van invoering van Sabinvaccin te evalueren. De commissie verwachtte dat de geringe viruscirculatie in 1964 niet tijdelijk, maar, door de intensieve toepassing van Salkvaccin, blijvend zou zijn. In de tweede plaats hadden verschillende onderzoekers de, zij het geringe, kans op complicaties na 'inenting' met levend vaccin, op het congres in Warschau bevestigd. Een derde reden waarom de commissie de autoriteiten in overweging gaf in 1965 geen Sabinvaccin aan te bieden, betrof de korte voorbereidingstijd.¹⁰⁵ Minister Veldkamp nam het voorstel van de commissie over en besloot het Sabinvaccin voorlopig alleen voor incidentele gevallen achter de hand te houden.

In april 1966 werd de Gezondheidsraad voor de laatste keer in de hier besproken periode gevraagd zijn licht te laten schijnen over de voor- en nadelen van de Salk- en Sabinvaccins. Aanleiding was het begrotingsvoorstel van hoofdinspecteur Dijkhuis voor het jaar 1967, waarin hij geld reserveerde voor de aankoop van 250.000 doses Sabinvaccin. Deze voorraad moest beschikbaar zijn als de Gezondheidsraad zou adviseren kleuters vanaf twee jaar levend vaccin toe te dienen, aldus Dijkhuis. Wester, die geen voorzitter meer was van de Gezondheidsraad, sprak in juli 1966 zijn verwondering over het voorstel van de hoofdinspecteur uit. Een proef met Sabinvaccin, laat staan algemene toepassing bij kleuters van twee jaar, wees Wester, na twee commissieleden te hebben gepolst, van de hand. Hij herhaalde dat het Salkvaccin het aantal poliogegevallen in Nederland drastisch had teruggedrongen (vanaf 1965 was bij geen enkele volledig met Salkvaccin ingeënte persoon meer polio opgetreden) en bovendien was door de geringe circulatie van het poliovirus toepassing van Sabinvaccin onnodig.¹⁰⁶ Ook Muntendam, inmiddels fungerend als adviseur van de minister, wees wijziging van het beleid van de hand.¹⁰⁷

Minister Veldkamp stelde in het najaar van 1966 in antwoord op schriftelijke vragen van de SGP-er Van Dis, dat de regering, op advies van de Gezondheidsraad, bleef koersen op het ongevaarlijke Salkvaccin, alleen al vanwege het, overigens geringe, risico dat aan de toepassing van Sabinvaccin kleefde. Maar bij een polio-explosie was het volgens hem wel gerechtvaardigd het geringe risico van Sabinvaccin te aanvaarden, 'ten einde het verder voortschrijden van de poliomyelitis zo snel mogelijk te voorkomen'.¹⁰⁸

Op de afscheidsbijeenkomst van Wester als voorzitter van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid prees oud-directeur-generaal Muntendam Wester voor zijn rol in het in Nederland gevoerde beleid inzake polio:

'Het is zeker mede te danken geweest aan Wester persoonlijk, dat in deze een consequent beleid werd gevoerd met betrekking tot de toepassing van het Salkvaccin, in een latere fase bereid in het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid. En als wij heden mogen vaststellen, dat de kinderverlamming in ons land wat omvang betreft nog slechts van uiterst beperkte betekenis is, dan is dit mede een gevolg van het standvastige adviseringsbeleid van de Gezondheidsraad'.¹⁰⁹

Het poliovraagstuk zou na de 'periode-Wester' nog twee keer op de agenda van de Gezondheidsraad terugkeren. Dit mede naar aanleiding van de polio-epidemie van 1978, waarover het volgende hoofdstuk bericht.

7.2.3 Niet-besmettelijke ziekten

Hoewel preventie en bestrijding van niet-besmettelijke ziekten ook in de eerste twintig jaar na afloop van de Tweede Wereldoorlog nog niet erg meetelden in het volksgezondheidsbeleid, nam de belangstelling voor deze aandoeningen toch toe. De Gezondheidsraad werd in de periode 1955-1966 onder meer gevraagd te adviseren over maatregelen tegen (long)kanker en cariës. Ook 'krop' verscheen weer op de rol van de Raad.

Krop

Op advies van de Gezondheidsraad werd vanaf 1932 in kroprijke gebieden jodium aan het drinkwater toegevoegd, maar in de Tweede Wereldoorlog werd drinkwater als drager van jodium om economische redenen vervangen door broodzout. Bovendien was vóór de oorlog jodiumhoudend keukenzout op de markt verschenen.¹¹⁰ Na de oorlog bleef het mogelijk in kroprijke gebieden jodium aan broodzout toe te voegen. Het initiatief daarvoor werd overgelaten aan de gemeenten, die verplicht waren toestemming te vragen aan de minister van Sociale Zaken (en Volksgezondheid), die op zijn beurt de Kropcommissie van de Gezondheidsraad inschakelde. De besluitvorming in de commissie berustte, door het ontbreken van inzicht in de frequentie van de ziekte, vaak op mededelingen van de betrokken gemeentebesturen en het oordeel van schoolartsen. Dit gaf weinig houvast en toen bovendien bleek dat gejodeerd broodzout werd gebruikt door bakkers in gemeenten waar dit niet was toegestaan, vond de Kropcommissie dat de regeling op de helling moest. In 1960 adviseerde zij de regering het gebruik van gejodeerd broodzout overal verplicht te stellen, met uitzondering van gemeenten waar het jodiumgehalte van leidingwater minstens veertig microgram per liter bedroeg.¹¹¹ De commissie had berekend dat de gemiddelde Nederlander door toevoeging van 39 milligram kaliumjodide (KJ) aan één kilogram broodzout voldoende jodium binnenkreeg.¹¹²

Drie jaar later schreef de commissie minister Veldkamp, die het eerdere advies had opgevolgd, dat door de dalende broodconsumptie het KJ-gehalte van één kilogram broodzout met 7 milligram moest worden verhoogd. Verder drong zij aan op verplichtstelling van de regeling in het hele land, omdat door de groeiende afzet van broodfabrieken maatregelen gebaseerd op een onderscheid naar soort gemeente onmogelijk waren geworden.¹¹³ De regering verwerkte de aanbevelingen van de commissie in het uit de Warenwet voortvloeiende Broodbesluit van 1968 (*Stb.* 228).¹¹⁴

Cariës

In de jaren dertig werd in de Verenigde Staten een verband ontdekt tussen cariës (tandbederf) en het natuurlijke fluorgehalte van drinkwater. Uit onderzoek bleek dat bij 1 milligram fluor per liter drinkwater het aantal gevallen van tandbederf sterk terugliep. Na de oorlog experimenteerden de Amerikanen met toevoeging van kunstmatige fluoriden aan drinkwater. Minister Drees vroeg zich in een adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad af of ook de Nederlandse overheid stappen in deze richting moest zetten. De betrokken commissie berichtte in 1948 dat men zich niet moest blind staren op buitenlandse gegevens, omdat plaatselijke omstandigheden, zoals voedingsgewoonten en chloorgehalte van water, de werking van fluor konden beïnvloeden. Twee jaar later stelde minister Joekes de Gezondheidsorganisatie TNO van het rapport van de Raad op de hoogte. Deze organisatie startte in 1953 een vijftien jaar durend onderzoek naar de invloed van kunstmatige verhoging van het fluorgehalte van drinkwater op cariës. Het onderzoek vond plaats in Tiel en Culemborg, gemeenten die niet wezenlijk verschilden in leeftijdsopbouw en voedingsgewoonten van de bevolking enerzijds en in het natuurlijke fluorgehalte van het drinkwater

anderzijds. In Tiel brachten de onderzoekers het fluorgehalte op 1 milligram per liter, terwijl zij in Culemborg het normale drinkwater aanboden.¹¹⁵

Het uitstippelen van een beleid voor cariëspreventie was geen gemakkelijke opgave. De grenzen tussen veilige en giftige fluorconcentraties waren betrekkelijk smal. De regering had behoefte aan deskundige adviezen op dit terrein en daarom installeerde Wester in 1955 de Commissie inzake problemen der cariëspreventie met fluoriden, kortweg Fluorcommissie genoemd, die tot taak kreeg zich te buigen over kunstmatige verhoging van het fluorgehalte van drinkwater; gebruik en schadelijkheid van fluortabletten; en toevoeging van fluor aan voedingsmiddelen en tandpasta. Verder moest zij het onderzoek naar de bestrijding van cariës coördineren. Uit de archiefstukken blijkt dat de Gezondheidsraad de problematiek rond cariëspreventie met fluoriden bij de directeur-generaal had aangekaart en zelf een concept voor de adviesaanvraag had opgesteld.¹¹⁶ Directeur-generaal Muntendam hoopte door inschakeling van de Gezondheidsraad de discussie over drinkwaterfluoridering buiten politiek vaarwater te houden.¹¹⁷ In 1953 hadden de leiders van het onderzoek in Tiel en Culemborg, tandarts Otto Backer Dirks (geb. 1917) en hoogleraar in de microbiologie Klaas Christianus Winkler (geb. 1908), de media al opgeroepen zich stil te houden tot de onderzoeksresultaten op tafel lagen.¹¹⁸

Discussies over de drinkwaterfluoridering bleven in Nederland inderdaad lang uit, maar dat veranderde toen de Fluorcommissie in juni 1960 een advies publiceerde waarin zij op grond van buitenlandse literatuur en voorlopige bevindingen van TNO concludeerde dat toevoeging van fluor aan drinkwater het aantal gevallen van cariës met gemiddeld veertig tot zestig procent deed afnemen. Volgens de commissie was kunstmatige verhoging van het fluorgehalte, in een concentratie van 1,0 tot 1,2 milligram per liter water, onschadelijk voor de volksgezondheid. De kosten bedroegen gemiddeld dertig cent per inwoner per jaar, weinig vergeleken met de kosten van tandheelkundige behandeling, aldus de commissie. Zij deed een beroep op minister Van Rooy aan 'de gestadige toeneming der cariës paal en perk te stellen' en de gemeentebesturen te stimuleren het drinkwater te fluorideren. Andere manieren om fluor aan mensen toe te dienen, zoals in tabletvorm, ontried de commissie, omdat over de juiste dosering nog weinig bekend was. Tot slot merkte zij op dat fluoridering van drinkwater het nadeel had 'dat iedere persoon in feite gedwongen wordt zich aan deze preventie te onderwerpen. Hiermede wordt een niet ongevaarlijke precedent geschapen.' Denkbaar was dat mensen met ethische of politieke bezwaren tegen fluoridering 'fluoridevrij water' kregen aangereikt.¹¹⁹

Het advies vond een gunstig onthaal bij minister Van Rooy, die een exemplaar toestuurde aan gemeentebesturen, gemeentelijke gezondheidsdiensten, (tand)artsen en directeuren van waterleidingbedrijven. Hij hoopte door ruime verspreiding van het goed gedocumenteerde rapport weerstanden tegen fluoridering te elimineren.¹²⁰ De bewindsman onderschreef het standpunt van de commissie dat de lokale autoriteiten met de uitvoering van de maatregel moesten worden belast, omdat 'oplegging van de verplichting van bovenaf' onjuist was 'en niet te passen in het beleid, dat van Overheidswege op terrein volksgezondheid steeds werd en nog wordt gevolgd'.¹²¹ De minister zegde toe fluoridering te zullen aanmoedigen. In december 1960 installeerde hij de departementale 'Commissie Voorlichting Fluoridering Drinkwater', voorgezeten door Muntendam. Dit gezelschap organiseerde voorlichtingsbijeenkomsten en publiceerde brochures om drinkwaterfluoridering meer ingang te doen vinden.

Het rapport van de Fluorcommissie leidde tot uitvoerige discussies en veel publiciteit. Evenals in de Verenigde Staten kwam een protestbeweging tegen fluoridering tot ontwikkeling, die in politieke kringen aanvankelijk alleen door de SGP werd gesteund. De tegenstanders voerden medisch-tandheelkundige, technische, financiële, juridische en principiële bezwaren aan tegen drinkwaterfluoridering. Laatstgenoemd bezwaar hield in dat de bevolking werd gedwongen een 'geneesmiddel' te slikken.¹²²

In januari 1961 werd op Goeree-Overflakkee een begin gemaakt met drinkwaterfluoridering. Andere gemeenten en waterleidingbedrijven volgden schoorvoetend, want de voorbereiding kostte veel tijd en de tegenstanders staken spaken in het wiel. Dit was voor de Centrale Raad voor de Volksgezondheid reden een commissie¹²³ te vormen die de bestaande bezwaren tegen fluoridering moest evalueren. Zij stelde in juli 1963 dat aan drinkwaterfluoridering geen nadelen waren verbonden van medische, financiële of technische aard. De commissie herhaalde de suggestie van de commissie van de Gezondheidsraad om gemoedsbezwaarden toegang te geven tot niet-gefluorideerd water.¹²⁴

De voorstanders van fluoridering leken aan het eind van de hier beschreven periode het pleit in hun voordeel te beslechten. Begin 1966 nam het aantal personen dat gefluorideerd drinkwater kreeg aangeboden toe van 300.000 tot bijna 1½ miljoen en voor gemeenten met samen nog eens ruim twee miljoen inwoners was een vergunning aangevraagd. Men verwachtte dat binnen afzienbare tijd bij meer dan zeven miljoen Nederlanders gefluorideerd drinkwater uit de kraan zou stromen. Toch moesten de voorstanders van fluoridering ook teleurstellingen verwerken. Zo wees het gemeentebestuur van Den Haag fluoridering van drinkwater af.¹²⁵ Later blijkt dat de tegenstanders van fluoridering geleidelijk de overhand kregen.

Kanker

In het begin van de jaren vijftig toonden buitenlandse onderzoekers een verband aan tussen het roken van sigaretten en het ontstaan van longkanker. De Amerikanen E.C. Hammond en D. Horn, die vanaf 1951 de medische lotgevallen volgden van bijna 200.000 blanke mannen tussen de vijftig en zeventig jaar, vonden dat longkanker weinig voorkwam bij mannen die nooit hadden gerookt, maar veel bij rokers. In de bewuste bevolkingsgroep overtroffen alleen hart- en vaatziekten longkanker als doodsoorzaak.¹²⁶

De Nederlandse pers mat de onderzoeksresultaten breed uit en rokend Nederland raakte in rep en roer. Directeur-generaal Muntendam vroeg de Gezondheidsraad in mei 1954 de buitenlandse gegevens te analyseren.¹²⁷ Als de Raad tot de slotsom kwam dat er een relatie bestond tussen roken en longkanker, dan wenste Muntendam mogelijkheden aangereikt te krijgen tot beperking van roken. De betrokken commissie van de Gezondheidsraad bracht in maart 1956 advies uit. Hoewel het wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van een oorzakelijk verband (nog) ontbrak, berichtte zij minister Suurhoff dat roken van sigaretten longkanker kon veroorzaken. Zij stelde voor het rookgedrag te beïnvloeden via een voorlichtingscampagne, in de trant van een 'waarschuwing van overheidswege (...), die bestemd is voor de jeugd en door haar vorm de ouderen niet te zeer verontrust'. De commissie vond het psychologisch onjuist volwassenen het roken te ontraden, want dat zou indruisen tegen aangenomen levensgewoonten, maar voor de nog niet aan roken verslaafde jongeren lag dat anders. De commissie stelde de regering voor de volgende verklaring uit te geven:

'De regering heeft met bezorgdheid kennis genomen van de snelle toeneming van longkanker, welke zich de laatste decennien heeft voltrokken. In de medische en ook in de lekenpers wordt veelal gesteld, dat sterk roken, in het bijzonder dat van sigaretten, het ontstaan van longkanker bevordert. De Regering heeft zich op dit punt door deskundigen laten voorlichten. Deze hebben als hun mening gegeven, dat, hoewel het bewijs van een causaal verband in bovengenoemde zin begrijpelijkerwijs niet geleverd kan worden, er geen afdoende argumenten verzameld werden tegen de aanname van een dergelijk verband. Indien bovengenoemde stijging met gelijke of zelfs maar vergelijkbare tred zou voortgaan, zal de frequentie aan longkanker in de volgende generatie van volwassenen verontrustend groot zijn. Het is daarom, dat de huidige jeugd er goed aan zal doen, zich het roken, althans van sigaretten, niet aan te wennen.'

De commissie koos voor deze voorzichtige verklaring, omdat zij 'scherpzinnige en spitsvondige critiek' van de tabaksindustrie wilde vermijden. Ook speelde een rol dat een radicaler standpunt tot een minderheidsnota zou hebben geleid, wat afbreuk had gedaan aan de kracht van de oproep.¹²⁸

Het rapport van de commissie werd in maart 1957 openbaar, zonder dat de regering de gewenste verklaring uitgaf.¹²⁹ Op een persconferentie lichtten de commissieleden Wester, De Jongh en de kankerspecialist Remmert Korteweg (1884-1961) het advies toe. Zij gaven aan dat de commissie met haar rapport de bevolking wilde waarschuwen, 'doch beslist niet verontrusten'. Desondanks merkte Wester op dat sinds de totstandkoming van het advies nieuwe publikaties het licht hadden gezien waarin een oorzakelijk verband tussen roken en longkanker nog duidelijker naar voren kwam. Zo was in Engeland aangetoond dat onder zware rokers van sigaretten twintig maal zoveel longkanker voorkwam als onder niet-rokers. Sigaren- en pijprokers liepen minder gevaar.¹³⁰

Al kwam er geen verklaring van de regering, toch besloot minister Suurhoff dat de jeugd moest worden ontmoedigd te gaan roken. Hij vroeg de Gezondheidsraad in juni 1965 hoe hij dit beleid vorm moest geven. De betrokken commissie, die eind 1957 advies uitbracht, verwachtte resultaat van een brede

voorlichtingscampagne, uitgaande van onder meer artsen, scholen, universiteiten, geneeskundige diensten van het leger en de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring (goed voor 120.000 sportkeuringen per jaar). De campagne moest volgens de commissie worden gecoördineerd door de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding (LOK).¹³¹ Deze vereniging stelde op verzoek van de bewindsman in oktober 1959 een Voorlichtingscommissie Roken-Jeugd in, waarin ook vertegenwoordigers zaten van de rijksoverheid en van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Zij onderschreef in 1962 het standpunt van de commissie van de Gezondheidsraad dat de voorlichtingscampagne zich in eerste instantie moest richten op de jeugd. Minister Veldkamp zag echter geen heil in een door de overheid gesubsidieerde campagne tegen roken. De uitgebreide wetenschappelijke rapporten en de voorlichting in dagbladen en tijdschriften waren volgens hem meer dan voldoende om het roken terug te dringen.¹³² Maar door nieuwe opzienbarende publikaties over het verband tussen roken en longkanker ging de bewindsman eind 1963 overstag. Hij reserveerde op zijn begroting voor 1964 een bedrag van f 200.000 voor een campagne van het Bureau Voorlichting van de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding, inmiddels voorgezeten door oud-minister Suurhoff.¹³³ Een jaar later verhoogde de minister de subsidie tot f 350.000. Folders, brochures, les- en documentatiemateriaal werden uitgereikt om kinderen ervan te overtuigen niet te roken. Ook maakten de tegenstanders van roken een film. De campagne leek een succes te worden, omdat aan het eind van de hier beschreven periode bekend werd dat het aantal verkochte sigaretten in 1964 met elf procent was gedaald.¹³⁴ Toch was er nog een lange weg te gaan.

7.2.4 Ethiek en recht

In vier adviezen van de Gezondheidsraad uit de 'periode-Wester' voerden ethische en juridische beschouwingen de boventoon. Het betrof onder meer baanbrekende rapporten over kunstmatige inseminatie en geslachtstransformatie.¹³⁵

Kunstmatige inseminatie

De eerste succesrijke kunstmatige inseminatie met zaad van de echtgenoot (KIE) werd omstreeks 1790 door de Engelse chirurg John Hunter (1728-1793) uitgevoerd. Voor zover bekend beleefde kunstmatige inseminatie met donorzaad (kortweg: donorinseminatie; KID) haar primeur in 1884 in de Amerikaanse stad Philadelphia. Vanaf 1920 nam het aantal kunstmatige inseminaties in de meeste Westeuropese landen en vooral in de Verenigde Staten flink toe. In laatstgenoemd land werd het aantal uit deze vorm van bevruchting geboren kinderen in 1950 geschat op 100.000.

Tegen de toepassing van kunstmatige inseminatie rees verzet, vooral van kerkelijke zijde. Paus Pius XII (1876-1958) wees in 1949 inseminatie met zowel donorzaad als met zaad van de echtgenoot af. Wat hij openliet was het binnen het huwelijk bevorderen van de bevruchting na natuurlijke gemeenschap. Protestantse kerkgenootschappen beperkten hun kritiek in het algemeen tot de donorinseminatie.

Donorinseminatie stuitte niet alleen op kerkelijke maar ook op juridische bezwaren. Enkele Amerikaanse staten wilden daarom de behandeling legaliseren. Elders, bijvoorbeeld in West-Duitsland, dacht men juist aan een wettelijk verbod. Maar in 1960 waren nog nergens wettelijke regelingen van kracht; donorinseminatie werd in zo'n twintig landen oogluikend toegestaan.

In Nederland kwam donorinseminatie betrekkelijk laat tot ontwikkeling. In 1947 werd de bevruchtingsmethode voor het eerst toegepast door de seksuoloog Leo Henri Levie (geb. 1906). Tien jaar later trok de gynecoloog Antonius Martinus Cornelis Maria Schellen in een lijvige dissertatie fel van leer tegen kunstmatige bevruchtingsmethoden.¹³⁶ Volgens hem waren er toen in Nederland tussen de 150 en 200 kinderen via donorinseminatie verwekt. Levie en de gynecoloog Leo Isaac Swaab, die beiden enkele donorinseminaties per jaar toepasten, vonden deze schatting te hoog.¹³⁷ Intussen hadden de kunstmatige bevruchtingsmethoden ook de aandacht van de Tweede Kamer getrokken. PvdA-minister van Justitie I. Samkalden (geb. 1912), zag geen reden in het nieuwe Burgerlijk Wetboek regels op te nemen over kunstmatige inseminatie, want oordeelsvorming over dit onderwerp stond wat hem betreft nog in de kinderschoenen en het vraagstuk was niet rijp voor behandeling door de wetgever.¹³⁸ De KVP'er K.T.M. van Rijkevorsel (geb. 1913) probeerde de minister tot actie aan te sporen. Hij stelde voor een

staatscommissie bestaande uit juristen, artsen en moraaltheologen te installeren, die zich over de toelaatbaarheid van kunstmatige bevruchtingsmethoden moest uitspreken.¹³⁹ Samkalden speelde het idee door aan zijn collega en partijgenoot Suurhoff, die op zijn beurt directeur-generaal Muntendam inschakelde. Laatstgenoemde besprak het voorstel in februari 1958 met Wester, de juridisch medewerker van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid C.J. Goudsmit en drie vertegenwoordigers van het departement van Justitie. Zij vonden dat, voordat werd overgegaan tot instelling van een staatscommissie het vraagstuk eerst uit louter medisch oogpunt moest worden bekeken. Zij deden de bewindsman de suggestie de Gezondheidsraad met deze taak te belasten.

Samkalden en Suurhoff kozen inderdaad voor deze lijn. Een paar weken later kreeg de Gezondheidsraad de volgende vragen voorgelegd: '1. Welke directe consequenties voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid kan de kunstmatige inseminatie voor de daarbij betrokkenen hebben? 2. Zijn er bezwaren van medisch-ethische aard aan de kunstmatige inseminatie verbonden? 3. Moet in medisch-ethisch opzicht verschil worden gemaakt tussen kunstmatige inseminatie met het semen van de echtgenoot en dat van andere donors? 4. Moet bij bevestigende beantwoording van de toelaatbaarheid van kunstmatige inseminatie deze uitsluitend in medische handen worden gelegd?'¹⁴⁰ Opmerkelijk in deze tekst is de vanzelfsprekendheid waarmee de Raad gevraagd werd ook in te gaan op de ethische kant van de zaak, terwijl het toch de bedoeling was dat de taakopdracht beperkt zou blijven tot puur medische overwegingen. Kennelijk zagen de bewindslieden 'medische ethiek' als een gangbare medische discipline.

Enkele confessionele Kamerleden waren ontevreden over de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad, omdat een beslissing over de toelaatbaarheid van de ingrepen werd uitgesteld. De ARP'er J. Meulink (geb. 1917) drong erop aan donorinseminaties zonder meer te verbieden:

'Er schuilt gevaar in te lang wachten. Het schijnt, dat in Nederland de K.I. ook veld begint te winnen, al is dat gelukkig nog lang niet in die mate het geval als bijvoorbeeld in de Verenigde Staten. Maar men vergete niet, dat wachten totdat we zijn in een situatie als Amerika thans kent, betekent, dat we te laat zijn. (...) Als de bevolking aan de K.I. gewend geraakt is en de afschuw daarvoor begint te verliezen, wordt het veel moeilijker dit gevaar tegen te gaan. Wanneer de K.I. algemeen geworden is, krijgt men het bezwaar te horen, dat overheidsingrijpen niet meer mogelijk is, omdat het niet appelleert aan de volksconsciëntie.'¹⁴¹

In de Eerste Kamer toonde de KVP'er P.G.M. van Meeuwen (1899-1982) zich teleurgesteld over de opdracht aan de Gezondheidsraad. Om tijdverlies te voorkomen pleitte ook hij voor een onmiddellijk verbod van donorinseminatie, die hij als een sociaal euvel typeerde:

'Dit is naar mijn mening wel heel duidelijk bij kunstmatige inseminatie, toegepast op een ongehuwde vrouw. Deze toch begeert een kind, waarop zij geen recht heeft, omdat zij niet gehuwd is, en zij tracht het kind op kunstmatige wijze te krijgen, zonder in aanmerking te nemen, dat dit kind door het leven zal moeten gaan met het stigma van te zijn een onecht kind en dat het kind bij zijn opvoeding de steun van een vader zal moeten missen. Wat het laatste betreft, weten wij toch allen, dat er dikwijls weinig van terecht komt, wanneer de opvoeding van kinderen alleen door de moeder moet geschieden. (...) Bij een getrouwde vrouw geldt eigenlijk ongeveer hetzelfde. (...) De mogelijkheid bestaat, dat er jaloezie en haat ontstaan bij de onvruchtbare echtgenoot tegenover de donor en onverschilligheid, zoal niet afkeer, ten opzichte van het kind. De mogelijkheid bestaat ook, dat er een binding ontstaat tussen de moeder en de donor. (...) Voor het kind, dat onder een leugen wordt opgevoed, kan het catastrofaal zijn, als het ooit de waarheid verneemt.'¹⁴²

Ondanks deze kritiek kreeg de Gezondheidsraad het groene licht om verder te gaan. Aan de oproep van de bewindslieden geen overhaaste beslissingen te nemen, gaf het parlement gehoor.

Wester nam personen die zich al uitdrukkelijk voor of tegen kunstmatige inseminatie hadden uitgesproken niet in de commissie op. Hij hoopte dat daardoor het overleg in alle rust kon worden gevoerd. Nadeel was dat bepaalde deskundigen, als Levie, Swaab en Schellen, niet konden meepraten. Zij werden wel door Wester en secretaris Folkert Nicolaas Sickenga (1897-1990) om advies gevraagd, waarna Wester in de commissievergaderingen verslag uitbracht. De voorzitter lette naar zijn zeggen bij het samenstellen van de commissie ook niet op de levensbeschouwelijke achtergrond van de leden, omdat de moraal-theologische kant van het vraagstuk door de staatscommissie zou worden behandeld. Het resultaat was een

kleine commissie, bestaande uit deskundigen in de verloskunde, sociale geneeskunde, geestelijke volksgezondheid, antropogenetica en neurologie.¹⁴³

Om dubbel werk te vermijden onderhield de commissie geregeld contact met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die in 1959 een commissie had gevormd voor de bestudering van de medische en medisch-ethische aspecten van de nieuwe bevruchtingsmethoden.¹⁴⁴ Levensbeschouwelijke overwegingen bleven ook in dit gezelschap buiten beeld, omdat de brede samenstelling van de Maatschappij een discussie op dat vlak niet in de weg zou staan. De Maatschappij besloot in de nieuwe uitgave van het boekje *Medische Ethiek en Gedragsleer* de verschillende levensbeschouwelijke en godsdienstige standpunten over kunstmatige inseminatie op te sommen, maar het daarbij te laten, met uitzondering van een aanmaning aan artsen om terughoudend te zijn met donorinseminatie.¹⁴⁵

De commissie van de Gezondheidsraad wilde duidelijkheid scheppen over de vraag hoeveel kunstmatige inseminaties¹⁴⁶ in Nederland werden verricht. Zij hield daarom een enquête onder 234 vrouwenartsen van wie ruim negentig procent reageerde. Veertig procent van de ondervraagden bleek kunstmatige inseminatie met zaad van de echtgenoot uit te voeren, maar slechts vijf ondervraagden (2,3 procent) lieten weten ook zaad van andere donoren te accepteren, echter uitsluitend voor de behandeling van een gehuwde vrouw. Ruim vijf procent van de ondervraagden vond donorinseminatie acceptabel.

In haar rapport, uitgebracht in september 1960, beperkte de commissie zich tot de medische en ethische aspecten van het vraagstuk. Zij zag geen steekhoudende lichamelijke bezwaren tegen kunstmatige inseminatie. Kunstmatige inseminatie met zaad van de echtgenoot achtte zij, als aan zorgvuldigheidseisen werd voldaan, aanvaardbaar, in tegenstelling tot donorinseminatie. Toch wilde de commissie 'niet zover gaan, dat zij een collega, die een KID uitvoert op weloverwogen indicatie en met vele voorzorgen omringd, zonder meer beschuldigt van overtreding der medische gedragsregels en/of ondermijnen van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen'. Het strafbaar stellen van donorinseminatie verdiende daarom geen aanbeveling, aldus de commissie. Wel meende zij 'dat de grenzen hier zeer nauw getrokken moeten worden en dat bij veronachtzaming van de uiterste voorzichtigheid ongetwijfeld een situatie ontstaat, waarbij wel degelijk de medische gedragsregels overtreden worden, en/of het vertrouwen in de medische stand ondermijnd wordt. De beoordeling van dit laatste alternatief dient overgelaten te worden aan de Medische Tuchtcolleges, en van het eerste aan de interne rechtspraak van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, nl. de Afdelingsraden en de Raad van Beroep.' De commissie vond het een taak van het hoofdbestuur van de Maatschappij 'artsen over de consequenties van KID uitvoerig voor te lichten, en hun de uiterste terughoudendheid aan te bevelen'. Donorinseminatie bij een ongetrouwde vrouw wees zij zonder meer van de hand. Tot slot stelde de commissie dat uitvoering van kunstmatige bevruchtingsmethoden voorbehouden moest zijn aan artsen.¹⁴⁷ In grote lijnen kwam de Maatschappij in december 1962 tot dezelfde conclusies.¹⁴⁸

Minister Veldkamp en zijn ambtgenoot van Justitie A.C.W. Beerman (1901-1967) stelden op 8 maart 1962 (*Stct.* 29 maart 1962) de staatscommissie in, genaamd Commissie kunstmatige inseminatie bij de mens, die de opdracht kreeg 'een onderzoek te doen naar de vraag, of wettelijke voorzieningen behoren te worden getroffen omtrent de kunstmatige inseminatie bij de mens, en, zo ja, welke'. Vertrek was het advies van de commissie van de Gezondheidsraad, dat uit juridische invalshoek moest worden getoetst. De samenstelling van de staatscommissie weerspiegelde zowel de levensbeschouwelijke als de wetenschappelijke dimensies van het onderwerp: zij bestond uit juristen, moraal-theologen, psychologen, sociologen en artsen, onder wie Wester en Sickenga. Voorzitter van de commissie werd Bastiaan Floris Verveen (geb. 1912), president van het gerechtshof van Den Haag.¹⁴⁹

Het rapport verscheen in februari 1965. De staatscommissie was unaniem van oordeel dat kunstmatige inseminatie met zaad van de echtgenoot niet strafbaar moest worden gesteld, omdat deze behandeling geen afbreuk deed aan het huwelijk en de baby niet 'beroofd' werd van zijn vader. Daarentegen stuitte donorinseminatie bij de overgrote meerderheid van de leden op zeer ernstige bezwaren. Toch pleitte de commissie, in navolging van de Gezondheidsraad, niet voor een verbod, omdat daarvan geen preventieve en zedelijke werking uitging en het kind er de dupe van zou worden. Om uitwassen te voorkomen stelde de staatscommissie voor wettelijk vast te leggen dat alleen artsen kunstmatige bevruchtingsmethoden mochten toepassen. Zij drong in dit verband aan op aanvulling van artikel 1 van de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (1865).¹⁵⁰

De intentie van de rapporten van de Gezondheidsraadcommissie en de staatscommissie was duidelijk: men hoopte door waarschuwende woorden het aantal donorinseminaties in Nederland te beperken.

Transseksualiteit

Een commissie van de Gezondheidsraad definieerde in 1977 transseksualiteit (transseksisme) als 'het verschijnsel, waarbij iemand met de normale in- en uitwendige geslachtsorganen van de ene sexe in de onweerlegbare overtuiging leeft tot de andere sexe te behoren, terwijl er geen ernstige psychopathologische verschijnselen in psychotische zin bestaan'. De overtuiging tot het andere geslacht te behoren gaat gepaard met ernstig psychisch lijden. Veel transseksuelen identificeren zich niet met hun aangeboren geslachtsorganen en geslachtelijke kenmerken en hebben het onweerstaanbaar verlangen van geslacht te veranderen, dat wil zeggen 'het door hormoonbehandeling en plastische chirurgie zoveel mogelijk doen aanpassen van hun lichaam aan de geslachtelijke verschijningsvormen van de andere sexe'.

Operatieve geslachtsaanpassingen vonden voor de Tweede Wereldoorlog op zeer beperkte schaal en vaak in het diepste geheim plaats.¹⁵¹ In 1954 werd zo'n ingreep bij een transseksueel in Denemarken wereldnieuws. Het aantal aanvragen voor operatieve geslachtstransformaties nam toe en Amerikaanse transseksuelen reisden naar Europa in de hoop geholpen te kunnen worden. In Nederland werden in de tweede helft van de jaren vijftig enkele plastisch-chirurgische ingrepen bij transseksuelen uitgevoerd. In 1959 besprak het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een geruchtmakende operatie in Arnhem, waarop een stortvloed van negatieve reacties volgde.¹⁵² De meeste Nederlandse artsen wezen op medisch-ethische gronden geslachtsaanpassing met kracht van de hand. Er klonken geluiden om de ingreep te verbieden.¹⁵³ Minister Van Rooy hield de boot echter af en wilde eerst van de Gezondheidsraad weten 'of in redelijkheid mag worden gesteld, dat in sommige gevallen van een transformatie (psycho-) therapeutisch effect te verwachten valt'. De bewindsman schreef in zijn adviesaanvraag uit september 1960 'dat geslachtstransformatie vrijwel algemeen als ongeoorloofd wordt beschouwd', maar hij wilde geen maatregelen nemen voordat hij antwoord op zijn vraag had gekregen.¹⁵⁴

Ruim 2½ jaar later, in maart 1963, kwam de betrokken commissie voor het eerst bijeen. Wester voerde als argument voor het oponthoud aan dat hij door het bijzondere karakter van het te bestuderen probleem veel voorbereidend werk had moeten doen 'om een commissie van juiste samenstelling bijeen te brengen'. In de commissie, die voornamelijk uit psychiaters en psychologen bestond, nam hij, net als in de commissie die over kunstmatige inseminatie oordeelde, geen artsen met relevante klinische ervaring op. Het secretariaat van de Gezondheidsraad had inmiddels een literatuurstudie verricht, die diende als informatiebron over dit goeddeels nog onbekende onderwerp.¹⁵⁵

De commissie bracht in oktober 1965 advies uit. Vanwege 'de onzekerheid betreffende de diagnose en de prognose van het transsexisme en het grote risico, dat het effect van de operatieve geslachtstransformatie sterk zal afwijken van de verwachting' ontried zij de ingreep ten stelligste. Patiënt en arts moesten tevreden zijn 'met hetgeen door psycho-therapie en sociale zorg voor de betrokkenen gedaan kan worden'. De commissie was zich ervan bewust dat zij met haar advies niet al te stevig in de schoenen stond. Haar oordeel berustte noodgedwongen op de weinig kritische literatuur en op gegevens uit zogenoemde 'hearings', die de commissie had gehouden. Zij beriep zich dan ook niet op wetenschappelijke feiten; in haar eigen woorden was haar advies 'als een waarde-oordeel op te vatten, een oordeelsvorming, waarmede in de geneeskunde meermalen dient te worden volstaan'.¹⁵⁶

Het rapport van de commissie, in hoofdlijnen onderschreven door het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zorgde ervoor dat geslachtsaanpassing in Nederland voorlopig niet meer plaatsvond. Tot een verbod kwam het echter niet.¹⁵⁷

7.2.5 Risico's van menselijke activiteiten

In de elf jaren dat Wester het roer van de Gezondheidsraad in handen had, waren 91 adviezen, ofwel ruim 44 procent, gewijd aan risico's van menselijke activiteiten. Het merendeel betrof onderwerpen op het terrein van de stralingshygiëne (78). Daarnaast behandelde de Raad toxicologische vraagstukken.

*Straling*¹⁵⁸

De vreedzame toepassing van atoomenergie ontwikkelde zich na de Tweede Wereldoorlog in snel tempo. Kernenergiecentrales en andere nucleaire installaties schoten als paddestoelen uit de grond. De wetenschappelijke mogelijkheden van het gebruik van ioniserende stralen leken geen grenzen te kennen; zo ook binnen het medisch-wetenschappelijk onderzoek en bij diagnostiek en therapie. De revolutionaire ontwikkeling had ook een keerzijde: bij onzorgvuldig medisch gebruik van radioactiviteit dreigde er gevaar voor de gezondheid van patiënt en hulpverlener. Verder vormden radioactieve afvalstoffen van nucleaire installaties, ziekenhuizen en laboratoria een groot probleem voor mens en milieu.¹⁵⁹ Het beleid van de Nederlandse overheid leunde sterk op adviezen van de Gezondheidsraad.

In Nederland kwam de regering, na consultatie van de Gezondheidsraad, al in de jaren twintig tot de slotsom dat het werken met röntgen- en andere ioniserende stralen aan regels moest worden gebonden. Dat resulteerde in 1931 in de Röntgenstralenwet, die echter om financiële redenen een dode letter bleef.¹⁶⁰ In de tweede helft van de jaren vijftig maakte het groeiende gebruik van radio-isotopen (radioactief gemerkte stoffen) en van atoomenergie de noodzaak van een wettelijke regeling opnieuw actueel. De discussies leidden tot de Kernenergiewet van 21 februari 1963 (*Stb.* 82), die overigens pas in 1970 van kracht werd. Deze wet bevatte, naast vele andere zaken, bepalingen met betrekking tot een vergunningstelsel voor toepassing van radio-isotopen en voor het werken met kernenergie in het algemeen. Tot het moment waarop de Kernenergiewet in werking trad behielp de regering zich met noodmaatregelen, zich daarbij baserend op de Veiligheids-, Waren- of Hinderwet.¹⁶¹ Langs deze wegen trof zij in de tweede helft van de jaren vijftig voorzieningen voor de bescherming van de bevolking en stelde zij voorwaarden aan de vestiging van nucleaire installaties.

De Wereldgezondheidsorganisatie beval in mei 1956 aan reeds in het vroegste stadium gezondheidsdeskundigen te betrekken bij de ontwikkeling van plannen voor vreedzame toepassing van atoomenergie. Nederland volgde deze aanbeveling. Al in mei 1955 werd de Atoomcommissie, onder leiding van de secretaris-generaal van het departement van Algemene Zaken Cornelis Laurens Willem Fock (geb. 1905), ingesteld. Deze interdepartementale commissie moest de Kernenergiewet ontwerpen en beslissingen voorbereiden over de vestigingsplaats en beveiliging van nucleaire installaties. De Atoomcommissie, ook wel commissie-Fock genoemd, telde aanvankelijk drie subcommissies, voor respectievelijk wetgeving, vestiging en beveiliging.¹⁶² Op 20 juli 1956 verscheen een vierde gezelschap op het toneel, toen de Subcommissie gezondheidsvraagstukken werd geïnstalleerd. Dit was een commissie van de Gezondheidsraad, al snel commissie-Wester genoemd, waaraan de Atoomcommissie rechtstreeks advies kon vragen.¹⁶³

De adviezen die de commissie-Wester aan de Atoomcommissie uitbracht, en waarvan steeds een exemplaar ging naar het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid,¹⁶⁴ hadden betrekking op (lozings)vergunningen voor, en veiligheidsmaatregelen bij de Hoge Flux Reactor van het Reactor Centrum Nederland te Petten, de Hoger Onderwijs Reactor te Delft en de reactor van het Instituut voor Toepassing van Atoomenergie in de Landbouw te Wageningen. De commissie-Wester oordeelde over de plannen van de directies van de nucleaire installaties voor de lozing van radioactieve afvalstoffen (zowel gasvormige als vloeibare). In de praktijk hield dit in dat de commissie zich uitsprak over de hoogte van de schoorsteen van het complex, de maximaal toelaatbare uitstoot en de mogelijkheid op zee of in het riool te lozen. Zij lette erop dat men het risico van blootstelling aan straling voor zowel arbeiders als omwonenden zo klein mogelijk hield.¹⁶⁵ Wester stelde dat het niet primair aan de volksgezondheidsautoriteiten was om te zeggen wanneer vreedzaam gebruik van atoomenergie was toegestaan. Wel konden de wetenschappers, verenigd in de Gezondheidsraad, proberen het risico van blootstelling aan straling tot een minimum te beperken.¹⁶⁶

De Gezondheidsraad voorzag op het terrein van de stralingshygiëne niet alleen de Atoomcommissie maar ook de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van adviezen, en wel over

een bonte verscheidenheid aan onderwerpen. De minister ontving aanbevelingen hoe moest worden opgetreden bij een nucleair ongeval, en over het gebruik van röntgenapparaten in schoenwinkels, de samenstelling, functie en verantwoordelijkheid van zogenoemde stralenbeveiligingsgroepen, de aanschaf van stralingsmeters in ziekenhuizen, de invoering van een stralenkaart, en radioactieve blimsemafleiders. Verder stelden commissies van de Raad normen op voor de stralingsbeveiliging in ziekenhuizen; de maximaal toelaatbare radioactieve besmetting van voedingsmiddelen, water en lucht; en de omgang met radioactieve stoffen. Voorts bestudeerde de Raad de frequentie van leukemie in de periode 1931-1959.¹⁶⁷ Afzonderlijke vermelding verdienen de adviezen over kernenergie, waarin de Raad onder meer inging op het risico op ongevallen.

Bij het opstellen van normen voor toepassing van ioniserende stralen liet de Raad zich bovenal leiden door richtlijnen opgesteld door internationale organisaties, zoals de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie (Euratom) en de United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR). Zij adviseerde de Nederlandse overheid in hoeverre deze richtlijnen in ons land in beleid vertaald moesten worden.

*Toxicologie*¹⁶⁸

Het gebruik van giftige stoffen bij de bereiding van levensmiddelen baarde de regering zorgen. Zij schakelde de Gezondheidsraad in om de giftigheid van stoffen te beoordelen. De eerste adviesaanvraag op dit terrein dateert van augustus 1957, toen minister Suurhoff de Raad vroeg te oordelen over de toelaatbaarheid van isopropyl-fenylcarbamaat (IPC) als kiemremmingsmiddel voor aardappelen.

De door Wester geformeerde Commissie Toxicologie behandelde bovendien een keur aan andere onderwerpen. Zij analyseerde in het begin van de jaren zestig het effect van respectievelijk vrouwelijke hormonen in toiletartikelen en cosmetische middelen, pimaricine in kaasdekmiddelen, erytrosine als levensmiddelenkleurstof, en fluor in broodzout als middel tot bestrijding van cariës.

Wat de Raad onder Wester publiceerde onder de vlag van toxicologie was omvangrijk noch diepgaand, bij gebrek aan wetenschappelijke gegevens, maar vormde wel de basis voor het vele werk dat het college later op dit terrein verzette. Vermeldenswaard is ook de instelling van de Commissie bestrijdingsmiddelen in 1963, naar aanleiding van een vraag van de minister wat er ten behoeve van artsen op de verpakking van bestrijdingsmiddelen moest worden vermeld. De commissie diende voor elk bestrijdingsmiddel te beschrijven wat de arts moest doen bij gevallen van vergiftiging. Het desbetreffende advies verscheen in 1967¹⁶⁹ en vormde de aanzet voor een reeks van rapporten over bestrijdingsmiddelen in de jaren zeventig en tachtig.¹⁷⁰

7.2.6 De Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken

De zesde zogenoemde revisieconferentie van de International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, gehouden in april 1948 onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie, riep alle aangesloten landen op een Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken in te stellen. Zo'n commissie zou gegevens moeten leveren voor het maken van internationale overzichten en de verzameling van cijfers over de nationale gezondheidszorg moeten bevorderen. Veel landen gaven gehoor aan de oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie, evenals Nederland in juli 1951, toen Brutel de la Rivière de de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken op verzoek van minister Joekes als commissie bij de Gezondheidsraad onderbracht. Het werkterrein van deze commissie bleef beperkt tot statistiek ten dienste van de volksgezondheid, want de algemene bevolkingsstatistiek was, sinds vele jaren, een zaak van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

In de eerste vijf jaren van haar bestaan bracht de Nationale Commissie als een bezige bij een serie belangrijke rapporten uit, maar geleidelijk viel zij ten prooi aan gevoelens van onvrede. Het misnoegen vloeide voort uit: gebrek aan coördinatie met andere ambtelijke instanties op het terrein van de gezondheidsstatistiek; onduidelijkheid over taak en plaats van de commissie; overbelasting van de leden door een tekort aan ondersteunend personeel; en een ondoelmatige verwerking van de van alle zijden toestromende stukken. Wester besloot in de loop van 1956 de vergaderingen van de commissie op te

schorten. Hij vond dat de oorspronkelijke taken van de commissie - contact onderhouden met de Wereldgezondheidsorganisatie en verbetering van de nationale gezondheidsstatistiek - niet uit de verf waren gekomen.

Doordat de regering meer geld gaf kon Wester met ingang van 1 april 1958 de arts-statisticus Meindert Johan Wilhelm de Groot (geb. 1904) voor één dag per week aantrekken als secretaris-rapporteur van de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistiek. De Groot, vanaf 1961 ook hoofd van de afdeling Gezondheidsstatistiek van het CBS, moest de commissie weer op weg helpen. Onder zijn leiding vond er een integratie plaats van de werkzaamheden van de 'statistische afdelingen' van het CBS, de Gezondheidsraad en de Geneeskundige Inspectie, met de Nationale Commissie als spil in dit geheel. De Groot reorganiseerde de opzet en werkwijze van de Nationale Commissie¹⁷¹ en daardoor nam de productie van de commissie vanaf 1963 sterk toe. Zij bracht in de jaren 1963-1966 achttien rapporten uit, terwijl in de periode 1955-1962 slechts vijf adviezen het licht zagen. Deze groei was mogelijk doordat Wester, behalve secretaris-rapporteur De Groot, vanaf 1 december 1960 ook een vaste secretaris aan de commissie kon toevoegen, namelijk de medicus Abraham van Vianen (1925-1990). Deze nam het eigenlijke secretariaat van de Nationale Commissie voor zijn rekening.¹⁷²

Na de pensionering van De Groot, in 1969, verdween de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistiek van het toneel. De Geneeskundige Inspectie nam haar taken over.

8 VERBREIDING VAN HET DRAAGVLAK: 1966-1985

8.1 DE ORGANISATIE TOT 1 MEI 1983

De Gezondheidsraad kreeg op 15 november 1966 voor de tweede keer in zijn bestaan een part-time voorzitter. Ruim zestien jaar lang toog de gastro-enteroloog Haex gemiddeld één dag per week naar Den Haag om er leiding te geven aan de Raad.¹ Hij voerde binnen het college een democratisering door, in de zin dat hij commissies van deskundigen benoemde die hem op onderscheiden onderdelen van het werkkterrein van de Raad moesten ondersteunen. Deze constructie bleek een groot succes.

8.1.1 Albert Jean Charles Haex

Albert Jean Charles Haex, in 1913 in Maastricht geboren als zoon van een bankier, studeerde in 1937 af als arts aan de Rijksuniversiteit Leiden. Hij vertrok naar Groningen, waar hij zich specialiseerde in de interne geneeskunde. Na de oorlog keerde hij terug naar Leiden, waar hij in 1945 promoveerde op de dissertatie: *De klinische betekenis van de aspiratieleverbiopsie*. Begin jaren vijftig was hij korte tijd geneesheer-directeur van het Algemeen Ziekenhuis Zutphen. Vanaf 1952 stond de politiek ongebonden Haex (alleen in de jaren zeventig was hij even lid van de VVD) aan het hoofd van de polikliniek Algemene Interne Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis van Leiden. In 1959 werd hij aan de Leidse universiteit lector in de gastro-enterologie. In de eerste helft van de jaren zestig assisteerde hij de hoogleraar in de interne geneeskunde Jacob Mulder (1901-1965) bij het ontwerpen van een nieuwe polikliniek in het Academisch Ziekenhuis van Leiden. Vlak voor zijn aanstelling tot voorzitter van de Gezondheidsraad werd Haex, als opvolger van Mulder, hoofd van de afdeling Algemene Inwendige Geneeskunde van genoemd ziekenhuis. In 1973 volgde zijn benoeming tot hoogleraar in de gastro-enterologie.²

Haex was, in tegenstelling tot zijn voorgangers bij de Gezondheidsraad, een man uit de praktijk van de patiëntenzorg. Zijn grote klinische kennis kwam hem als voorzitter van de Gezondheidsraad goed van pas. Zijn wetenschappelijke interesse blijkt onder meer uit het feit dat sinds 1939 geregeld artikelen van zijn hand verschenen in het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde*.

8.1.2 Buitengewoon verlof

Enkele jaren na zijn aantreden als voorzitter legde Haex zijn functie tijdelijk neer wegens de zogenoemde 'Korsten-affaire'. De invloedrijke Haagse public-relations adviseur Ben Korsten had in de jaren zestig veel werk gedaan voor de KVP en voor bepaalde ministeries, zoals Defensie, Onderwijs en Wetenschappen, Ontwikkelingshulp, en Sociale Zaken en Volksgezondheid.³ Toen de aan morfine verslaafde Korsten in augustus 1969 overleed, gelastte de officier van justitie in Den Haag een onderzoek naar de doodsoorzaak. Dit richtte zich in eerste instantie op een Haagse arts die Korsten tegen betaling morfine zou hebben verstrekt. Later werd ook Haex in dit onderzoek betrokken. Tegen hem werden in het najaar van 1969 twee gerechtelijke vooronderzoeken ingesteld. Het eerste betrof de vraag of Haex in de jaren 1965 en 1966 op laakbare wijze morfine aan de public-relations adviseur had gegeven, het tweede handelde over een door Haex in 1967 ondertekende medische verklaring voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de Amersfoortse Algemene Verzekerings Maatschappij, die door Korsten bewust foutief zou zijn ingevuld.⁴ Vooral dit laatste vooronderzoek was voor Haex reden met ingang van 12 november 1966 bij minister Roolvink buitengewoon verlof als voorzitter van de Gezondheidsraad aan te vragen. De bewindsman stemde hiermee in en benoemde vervolgens de medisch adviseur van de Arbeidsinspectie Willem Brand Gerritsen (1914-1989), de latere directeur-generaal van de Volksgezondheid, tot plaatsvervangend voorzitter.⁵ De werkzaamheden van de Gezondheidsraad stagneerden daardoor niet.⁶

Het gerechtelijk vooronderzoek naar de verstrekking van morfine werd vlak na het ingaan van het buitengewoon verlof door de officier van justitie geseponneerd. Hij achtte niet bewezen dat Haex de Opiumwet of het Wetboek van Strafrecht had overtreden. De voormalige echtgenote van Korsten besloot

hierop de klacht voor te leggen aan het Medisch Tuchtcollege. Ook het tweede gerechtelijk vooronderzoek leidde niet tot vervolging van Haex, 'omdat de omstandigheden waaronder het feit zich heeft afgespeeld, het niet aannemelijk maken dat hem schuld treft', aldus de officier van justitie in maart 1970. Ook deze zaak werd, ditmaal door de controlerend arts van de verzekeringsmaatschappij, bij het Medisch Tuchtcollege aangekaart.⁷

Nu de gerechtelijke vooronderzoeken geen belastende conclusies hadden opgeleverd, was voor Haex de weg vrij om terug te keren op zijn post bij de Gezondheidsraad. Na enige discussie in het kabinet-De Jong (1967-1971) besloot Roolvink het inmiddels ruim zeven maanden durende verlof van Haex met ingang van 1 juli 1970 te beëindigen. Onder de openbare kennisgeving van deze maatregel ontbrak de handtekening van staatssecretaris Kruisinga, die was belast met het volksgezondheidsbeleid. In antwoord op vragen van het lid van de Tweede Kamer de PvdA-er H.J. Roethof (geb. 1921) ontkende Roolvink dat Kruisinga zich niet met het besluit van de minister kon verenigen; omdat de minister verantwoordelijk was voor het personeelsbeleid op het departement, was de handtekening van Kruisinga overbodig. Verder liet Roolvink weten niet te kunnen antwoorden op de vraag of het Medisch Tuchtcollege een voor Haex ongunstige uitspraak had gedaan, omdat het doen van mededelingen daarover zou indruisen tegen de Medische Tuchtwet.⁸

Haex bleef nog een kleine dertien jaar voorzitter van de Gezondheidsraad. De onderbreking van zijn ambtsperiode was snel vergeten.

8.1.3 Huisvesting

De panden die de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in de Dr. Kuypersstraat tot hun beschikking hadden, boden onvoldoende ruimte voor het uitdijende secretariaat.⁹ In december 1972 verhuisden de adviescolleges naar een kantoorgebouw aan de J.C. van Markenlaan 5 te Rijswijk, waar ook de Voedingsraad zijn intrek nam.¹⁰ Haex was niet tevreden over de nieuwe lokatie, omdat een goede aansluiting op het wegennet ontbrak, wat voor een 'vergaderbedrijf' als de Gezondheidsraad onaanvaardbaar was. In 1977 startte Haex een campagne om de Gezondheidsraad op een beter bereikbare plaats te huisvesten. Hij slaagde in zijn opzet: in mei 1980 trok de Raad naar het aan de rand van Den Haag gelegen pand Prinses Margrietplantsoen 20, waar hij, samen met andere adviesorganen, nog immer gevestigd is.¹¹ Aangezien de Centrale Raad voor de Volksgezondheid niet meeverhuisde, kan men deze actie van Haex ook symbolisch zien: zoals zal blijken, wenste hij onafhankelijk te opereren van de Centrale Raad. Dit betekende niet alleen een gescheiden secretariaat, maar ook eigen huisvesting.¹²

8.1.4 Werkwijze

Al voordat Haex de functie van voorzitter officieel aanvaardde, had hij te kennen gegeven over een college te willen beschikken dat hem over belangrijke zaken kon adviseren. In februari 1967 herhaalde hij deze wens in een brief aan minister Veldkamp, waarin hij schreef enkele leden van de Gezondheidsraad te willen uitnodigen een College van Bijstand te vormen dat van advies kon dienen 'bij de programmering van de werkzaamheden van de Raad'.¹³ Kort daarna sloot Haex daarover een akkoord met staatssecretaris Kruisinga. Zij spraken af dat het College van Bijstand de werkzaamheden van de verschillende commissies moest coördineren en de voorzitter van de Raad adviseren over de samenstelling van de commissies en de behandeling van de adviesaanvragen. Deze ondersteuning van de taak van de voorzitter werd niet alleen noodzakelijk geacht wegens het part-time karakter van de functie, maar ook om te kunnen inspelen op de snelle en veelvormige ontwikkeling van de geneeskunde en de toenemende betekenis van andere disciplines voor de volksgezondheid. Kruisinga en Haex werden het ook eens over de samenstelling van het College van Bijstand en over de aanvulling van het standaard vacatiegeld met een remuneratie van f 6000 per jaar voor de betrokken leden.¹⁴

Groot was de teleurstelling bij Haex toen Kruisinga hem in november 1967 berichtte dat de regering de oprichting van het College van Bijstand als een interne zaak van de Raad beschouwde. De lege schatkist liet toekenning van een remuneratie niet toe.¹⁵ Na lang heen en weer gepraat besloot Haex in september 1968 af te zien van oprichting van een College van Bijstand. In plaats daarvan zou hij geregeld

een beroep doen op de leden Goslings en de internist Leendert Schalm (1910-1982) om hem te adviseren. Een onderwerp als de samenstelling van de commissies werd tot 1974 ook besproken in de stafvergaderingen die Haex met zijn secretarissen hield.¹⁶

Haex bleef behoefte houden aan een breed adviescollege. Daarom maakte hij zich in 1973 opnieuw sterk voor de oprichting van een adviescollege voor de voorzitter van de Gezondheidsraad, ditmaal aangeduid als College van Advies en Bijstand (CAB). De toenmalige bewindslieden van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne,¹⁷ I. Vorrink (geb. 1918) en J.P.M. Hendriks (geb. 1923), waren net als hun voorgangers niet tegen dit voorstel, maar ook zij wezen een remuneratie af. Toch wist Haex dertien personen te enthousiasmeren voor het lidmaatschap van het CAB.¹⁸ Op 18 maart 1974 kwamen de leden van het CAB voor de eerste maal bijeen. Het College zou onder leiding van Haex 58 maal vergaderen, zo'n zes keer per jaar. De vergaderingen werden in het algemeen zeer goed bezocht.

Het CAB kreeg tot taak over de samenstelling van commissies te adviseren, zijn licht te laten schijnen over de uit te brengen adviezen, nieuwe adviesaanvragen te beoordelen, en alle andere zaken te bespreken die de voorzitter aankaarte.¹⁹ Het CAB groeide uit tot een permanent overleg- en adviesorgaan voor de voorzitter van de Gezondheidsraad. Gelet op de Gezondheidswet, kon het CAB 'slechts' adviseren over het door de voorzitter te voeren beleid. De vergaderingen van het CAB leidden vaak tot vruchtbare discussies over de uit te brengen adviezen. In aanwezigheid van vertegenwoordigers uit een commissie werd een concept-advies doorgenomen. Als het CAB veranderingen voorstelde kwam de commissie opnieuw bijeen, zonder overigens verplicht te zijn het concept te wijzigen. Hierdoor bleef de onafhankelijkheid van de commissies intact.²⁰

Met het CAB had Haex zich een instrument geschapen om zijn wettelijke taken beter te vervullen. Die taken waren door de instelling van het part-time voorzitterschap en de verbreding van het adviesterrein niet meer door één persoon te 'behappen'. Zo steeg het aantal commissies onder Haex tot rond de zestig per jaar, bijna een verdubbeling ten opzichte van de 'periode-Wester'. De meningsvorming in de Raad kreeg vanaf 1974 een breder draagvlak. Haex kon zijn oordeel voorleggen aan een forum van wetenschappers, waaraan hij ook verantwoording over zijn beleid aflegde.²¹

Opmerkelijk was dat Haex zich door het CAB ook liet adviseren over de invulling van 'vacatures' in het College. De voorgestelde kandidaten werden door hem vervolgens wel via een 'screening' op geschiktheid getest. Het lidmaatschap van de Eerste of Tweede Kamer en de vervulling van beleidsadviserende functies op het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne vond hij onverenigbaar met het lidmaatschap van het CAB, vanwege het gevaar dat andere dan wetenschappelijke overwegingen een rol zouden gaan spelen. Voor het 'screenen' van de gegadigden voor het CAB en ook van mogelijke leden voor de commissies reisde Haex stad en land af.²²

Het met dertien leden begonnen CAB bleek te klein te zijn om alle terreinen van de volksgezondheid en milieuhygiëne te kunnen dekken. In het begin van de jaren tachtig bestond het CAB uit zo'n 25 leden;²³ in 1984 waren 23 medische en niet-medische disciplines in het CAB vertegenwoordigd.²⁴ De grootte van het CAB vormde echter wel een hindernis als spoed geboden was. Daarom formeerde Haex in 1975 uit het CAB een kerngroep, die oorspronkelijk uit vier leden bestond. De voorzitter behield zich het recht voor de kerngroep bijeen te roepen als de bespreking van de problematiek niet tot de eerstvolgende CAB-vergadering kon wachten. Van het voorstel de kerngroep aan te duiden als 'presidiumcommissie van de Gezondheidsraad' wilde Haex niets weten, omdat deze benaming de indruk kon wekken dat de kerngroep bij langdurige afwezigheid van de voorzitter zijn bevoegdheden kon overnemen.²⁵

Haex besloot in 1981 regionale selectie-adviesgroepen in te stellen als verlengstuk van het CAB. Deze groepen moesten in hun 'ambtsgebied' deskundigen opsporen en helpen aanzoeken ten behoeve van de Gezondheidsraad.²⁶ Tot grote bloei kwamen zij evenwel niet, ook al vanwege het naderende eind van de ambtsperiode van Haex.

Behalve een horizontaal college van generalisten (het CAB) stelde Haex ook zogenoemde verticale commissies van specialisten in, namelijk de filosofiecommissies en de beraadsgroepen.²⁷ Deze commissies, voorgezeten door Haex, moesten 'signaleren' en 'coördineren' op het desbetreffende vakgebied. Relevante ad hoc commissies werden als het ware begeleid door de betrokken filosofiecommissie of beraadsgroep. Zo werden de samenstelling en de concept-adviezen van deze commissies in deze overkoepelende organen

besproken. Het beoordelen van de concepten gebeurde met een 'specialistische bril', waarna het CAB via een marginale toetsing het stuk nog eens kon nalopen.²⁸

De Filosofiecommissie Stralingshygiëne beet in 1973 de spits af. Later volgden de Filosofiecommissie Toxicologie (1974) en de Beraadsgoepen Gezondheidsethiek (1977),²⁹ Immunisatie (1979),³⁰ Genetica (1982), Geneesmiddelen (1983) en Huisartsgeneeskunde (1983).³¹ In de twee filosofiecommissies en vijf beraadsgroepen die Haex in het leven riep, hadden gemiddeld zo'n vijftien specialisten zitting.³²

Haex brak, alleen al uit tijdgebrek, met de gewoonte van Wester alle commissies zelf voor te zitten. In slechts enkele 'gewone' commissies nam hij de voorzittershamer in handen. Zoals gezegd, leidde Haex wel de vergaderingen van het CAB en de verticale commissies.

8.1.5 Secretariaat

Haex was part-time werkzaam voor de Gezondheidsraad. De toenmalige bewindslieden vonden deze constructie noodzakelijk om het contact van de voorzitter van de Gezondheidsraad met het medische veld te behouden. Haex was in beginsel één dag per week aanwezig in het pand van de Gezondheidsraad, in tegenstelling tot zijn voorganger Wester, die daar de gehele werkweek vertoefde.

De invoering van het part-time voorzitterschap hield het gevaar in van een leemte in de dagelijkse leiding van de Raad. Dit klemde des te meer omdat algemeen secretaris Scheijde, sinds 1958 in dienst bij de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, in de zomer van 1966 een functie bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst aanvaardde. Tot zijn opvolger benoemde minister Veldkamp een van de meest ervaren medewerkers van de Raad, de adviseur voor radioactieve aangelegenheden Hendrik Huizenga (geb. 1906). Om Huizenga enigszins te ontlasten werd de nieuwe algemeen secretaris van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de jurist Machiel de Groot (1906-1982), tevens benoemd tot directeur van het gemeenschappelijk bureau van de twee adviescolleges. De directeur van het bureau had onder zijn hoede de bibliotheek, het archief, de financiële administratie, het personeelsbeheer, de huisvesting, de secretaresses en de repro-afdeling.³³ Huizenga had alleen de taak wetenschappelijke leiding aan de secretarissen te geven, maar daarvan zag hij af. Ook na zijn benoeming tot algemeen secretaris bleef hij zich alleen bemoeien met de commissies op het terrein van de stralingshygiëne.³⁴ Huizenga meende dat aan de functie van algemeen secretaris geen enkele behoefte meer bestond, nu de directeur van het bureau de administratieve leiding had. Aan een soort van universeel wetenschappelijke secretaris die het werk van de secretarissen kon overzien, viel volgens Huizenga evenmin te denken als aan een all-round voorzitter.³⁵

Haex bestreed de opvatting van de algemeen secretaris. Hij berichtte het departement in februari 1967 over een algemeen secretaris te willen beschikken die belangrijke taken op zich kon nemen. Eén daarvan was het 'sturen' van de wetenschappelijke staf (de secretarissen), om zo bij te dragen aan de dagelijkse leiding van de Gezondheidsraad. Verder moest de algemeen secretaris een aanzet geven voor de samenstelling van de adviescommissies en bij bepaalde activiteiten de voorzitter van de Raad vervangen. Aangezien de Gezondheidswet met geen woord repte over de functie van algemeen secretaris, bepleitte Haex aanpassing van de wettekst op dit punt.³⁶

In oktober 1969 maakte Huizenga plaats voor Carel Louis van Woelderen (geb. 1912), een van de stafleden van het secretariaat van de Gezondheidsraad en oud-voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.³⁷ Hoewel hij niet tot plaatsvervangend voorzitter werd benoemd, kwam zijn takenpakket aardig overeen met de wensen van Haex. Over de samenstelling van de commissies overlegde de nieuwe algemeen secretaris met zijn secretarissen in stafbesprekingen. Van Woelderen, die net als zijn voorganger van oorsprong gynecoloog was, heeft de functie van algemeen secretaris maar kort vervuld. Op 1 maart 1972 verliet hij, tot teleurstelling van Haex, de Gezondheidsraad om medisch directeur van het Diaconessenhuis in Leiden te worden.

Haex moest opnieuw op zoek naar een algemeen secretaris. Zijn oog viel op de van Philips Duphar afkomstige chemicus Pieter Henri van Leeuwen (1924-1992), die op 1 september 1972 aantrad. Van Leeuwen, die bijna acht jaar aanbleef, kon niet aan de verwachtingen van de voorzitter voldoen. In een poging uit de problemen te komen verzocht Haex de centrale afdeling Organisatie en Automatisering

van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, het secretariaat van de Raad onder de loep te nemen.³⁸ Op 1 september 1975 startte genoemde afdeling haar onderzoek. In datzelfde jaar belastte Haex adjunct-secretaris Lambertus Johannes Jacobus Gravesteyn (geb. 1940)³⁹ met de organisatorische taken van de algemeen secretaris.

Na een eerste rapport over het secretaressenbestand van het secretariaat van de Raad verscheen in juni 1977 een tweede verslag van de bevindingen van het organisatie-onderzoek. Dit handelde over de bestuurlijke beheersing van het adviesproces, de verdeling van taken binnen het secretariaat van de Raad en de planning van het benodigde aantal medewerkers. De onderzoekers van het departement meenden dat de toegenomen omvang en complexiteit van het werkterrein van de Raad noopten tot verandering van de structuur van het wetenschappelijk en administratief secretariaat. Zij adviseerden de functie van algemeen secretaris op te splitsen in een wetenschappelijk en een management-deel. Het management moest in handen komen van een secretaris-directeur, onder de eindverantwoordelijkheid van de voorzitter. De algemeen secretaris kon zich dan volledig toeleggen op de leiding over het wetenschappelijke werk van het secretariaat.⁴⁰ In feite was dit een bekrachtiging van de reeds sinds de zomer van 1975 bestaande werkverdeling, met dit verschil dat Gravesteyn, die tot secretaris-directeur werd benoemd, nu niet meer aan de algemeen secretaris, maar rechtstreeks aan de voorzitter verantwoording schuldig was.

Het tweede rapport pleitte voor het creëren van een 'bureau Gezondheidsraad', dat hiërarchisch onder de secretaris-directeur moest komen te staan. Daarin moesten de administratieve bijstand aan de commissies, het personeelsbeheer, de comptabiliteit en de overige ondersteunende dienstverlening worden ondergebracht. Het gemeenschappelijk bureau van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid kon worden opgeheven. De verschillen in structuur en werkwijze tussen de twee raden waren volgens het rapport te groot geworden om een gezamenlijk bureau te kunnen handhaven.

Haex onderschreef de bevindingen van de organisatie-afdeling,⁴¹ die hij per 1 januari 1978 in praktijk bracht. De voorzitter had nu twee personen onder zich aan wie hij taken kon opdragen. Ook kon hij rekenen op de steun van zijn secretaresse en stafmedewerkster mw. Aagje Wusten-Overdorp (geb. 1929). Als secretaresse van zowel Wester als Haex had zij zich een aanzienlijke kennis verworven van het reilen en zeilen van de Gezondheidsraad. In de loop der jaren ontwikkelde zij zich tot de vertrouwenspersoon en persoonlijke adviseur van Haex. Samen met de algemeen secretaris en de secretaris-directeur zat Wusten in de zogenoemde coördinatiestaf, die op 1 januari 1978 begon te draaien en die in 1980, via een besluit van de voorzitter, werd geformaliseerd. De coördinatiestaf had de taak beslissingen van de voorzitter voor te bereiden en uit te voeren en zorg te dragen voor de dagelijkse leiding van het secretariaat.⁴²

De in 1978 doorgevoerde wijzigingen in de opzet van het secretariaat bleken niet toereikend. Een nota uit december 1979 van de secretarissen en de hierop verschenen reacties van de secretaris-directeur en de stafmedewerkster spraken boekdelen over de spanningen binnen het secretariaat van de Raad.⁴³ Van Leeuwen slaagde er niet in de partijen te verzoenen. In het voorjaar van 1980 aanvaardde hij overplaatsing naar het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid. Zijn opvolger werd met ingang van 1 mei 1980 de van Shell afkomstige natuurkundige Franciscus Hageman (geb. 1919).⁴⁴ Hij bleef slechts tien maanden in functie, omdat hij zijn bevoegdheden te beperkt vond.⁴⁵

Het plotselinge vertrek van Hageman was voor de secretaris-generaal van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Poppe Siderius (geb. 1922) aanleiding ingenieur Teunis Verheul (geb. 1930), directeur van het particuliere Adviesbureau voor Tijdelijk Management,⁴⁶ in te schakelen om het secretariaat van de Gezondheidsraad door te lichten, in het verlengde van het reeds sinds 1975 lopende organisatie-onderzoek. Siderius gaf aan 'dat de opdracht door het departement werd verleend omdat van die zijde de verantwoordelijkheid wordt gedragen voor het apparaat dat de Gezondheidsraad en diens voorzitter ter beschikking wordt gesteld om de wettelijke taken te kunnen uitoefenen'.⁴⁷

Het onderzoek, dat startte op 22 juni 1981, duurde tot 15 december van dat jaar. De belangrijkste taken van Verheul waren: de verhoudingen te normaliseren; de relatie te verduidelijken tussen enerzijds het wetenschappelijk adviesproces en anderzijds het ondersteunend apparaat; de ondersteuning van de voorzitter te verbeteren; werkoverleg te stimuleren; en een nieuwe functie-omschrijving voor de algemeen secretaris op te stellen. Verheul werd daartoe aangesteld als tijdelijk algemeen secretaris. Uitdrukkelijk stelde Siderius dat gedurende het interim-management de bepalingen die vanaf 1978 voor de inhoud van de functie van algemeen secretaris van kracht waren geworden, niet langer golden. Dit hield in dat Verheul de leiding kreeg over het hele secretariaat, dus over zowel de secretarissen als de

bureaumedewerkers. Hierdoor kwam de secretaris-directeur tijdelijk onder de algemeen secretaris te staan. Haex gaf zijn fiat aan dit voorstel van Siderius nadat de betiteling van de algemeen secretaris als 'diensthoofd' uit de onderzoeksoopdracht was geschrapt.⁴⁸

Tijdens de werkzaamheden van Verheul verscheen in september 1981 het derde en laatste verslag van het onderzoek van de organisatie-afdeling van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Dit rapport handelde over de bewaking en de wetenschappelijke ondersteuning van het advieswerk en over het functioneren van de commissies. Het rapport uitte kritiek op de lange tijd die met het opstellen van een advies gemoeid was. De onderzoekers gaven aan hoe de adviestertermijn kon worden bekort. Veel van deze adviezen keerden later in het eindrapport van Verheul terug.⁴⁹

Verheul slaagde erin enkele reeds lang bestaande knelpunten binnen het secretariaat van de Gezondheidsraad op te lossen. Er ontstond een samenwerkingsverband tussen de voorzitter en de (tijdelijk) algemeen secretaris, en er was sprake van verbeterde communicatie binnen het secretariaat. Bovendien hielp Verheul een aantal personele problemen op het bureau van de Raad, voornamelijk veroorzaakt door langdurige ziekte, uit de wereld. Met het geld dat hij hiermee bespaarde, kon de wetenschappelijke staf worden uitgebreid, wat een verlichting van de werkdruk met zich meebracht.⁵⁰

Verheul bundelde zijn aanbevelingen voor een toekomstige structuur van het secretariaat van de Gezondheidsraad in een op 30 december 1981 verschenen eindrapport. De kern vormde zijn voorstel de algemeen secretaris als 'hoofd van dienst' de volledige verantwoordelijkheid voor het secretariaat toe te vertrouwen. Dit hield in de zorg voor het personeelsbeleid, bewaking en begeleiding van het adviesproces, en toezicht op de uitvoering van genomen besluiten. De algemeen secretaris kwam in zijn visie direct onder de secretaris-generaal van het departement te staan, wat betekende dat de voorzitter geen zeggenschap over het secretariaat meer zou hebben. Wel zou de algemeen secretaris verantwoording schuldig zijn aan de voorzitter van de Raad voor de ondersteuning die het secretariaat verleende. De voorzitter moest zich volledig gaan toeleggen op de externe relaties van de Raad (het departement en het medische veld), aldus Verheul. Een goede relatie en taakafbakening tussen de voorzitter en de algemeen secretaris werden door Verheul als voorwaarden voor een zonnige toekomst van de Gezondheidsraad gezien. Om problemen te voorkomen diende de inhoud van de functie van de algemeen secretaris een wettelijke basis te krijgen.

Het rapport van Verheul bevatte ook een waslijst van aanbevelingen om tot bekorting van de adviestertermijn te komen. De interim-manager had laten uitrekenen dat de Raad in de jaren 1976-1981 gemiddeld vijftig maanden over het uitbrengen van adviezen had gedaan. De voorbereidingsfase, de tijd tussen ontvangst van de adviesaanvraag en installatie van de commissie, duurde gemiddeld 14½ maand. De commissies hadden gemiddeld 26 maanden nodig om een concept van het advies op te stellen, terwijl de derde en laatste stap, de zogenoemde toetsingsfase, gemiddeld 9½ maand in beslag nam. In de toetsingsfase werd het concept-advies besproken in een of meer interne overlegorganen en zo nodig voor behandeling teruggestuurd naar de commissie.⁵¹ Verheul bepleitte onder meer instelling van voorbereidingsgroepen, een strengere selectie van voorzitters van de commissies,⁵² hantering van een tijdslimiet, programmering van de werkzaamheden van een commissie, verkleining van de commissies, een adequate administratieve ondersteuning (secretarissen), aanwijzing van coördinerende secretarissen voor de filosofiecommissies en beraadsgroepen,⁵³ vermindering van het aantal secretarissen-rapporteur en een betere planning van de toetsingsprocedures.⁵⁴

Haex was hevig teleurgesteld over het rapport van Verheul. Hij meende dat de tijdelijk algemeen secretaris te weinig gelet had op de bijzondere positie die de voorzitter in de Gezondheidswet was toegewezen. De oorzaak van de 'crisissituatie' (het jarenlang ontberen van een goed functionerende algemeen secretaris) moest volgens hem niet worden gezocht in structuurveranderingen, maar in personele wijzigingen. De zwaarste kritiek van Haex op het rapport van Verheul betrof de voorgestelde positie van de algemeen secretaris. Aanwijzing van de algemeen secretaris tot hoofd van het secretariaat ('hoofd van dienst') met een rechtstreekse lijn naar het departement, met de voorzitter in de rol van een door het secretariaat te bedienen klant, was volgens Haex volstrekt uit den boze. Bij conflicten tussen de twee kapiteins op het schip kon de onafhankelijkheid van de Raad in gevaar komen. Dergelijke geschillen waren uitgesloten als de algemeen secretaris louter een van de voorzitter afgeleide bevoegdheid zou behouden. Bovendien wenste Haex twee staffunctionarissen onder zich te hebben, zodat hij niet alleen afhankelijk was van de algemeen secretaris maar ook taken kon delegeren aan de secretaris-directeur.⁵⁵

Het CAB steunde Haex in februari 1982 in zijn opvatting over de positie van de algemeen secretaris. De algemeen secretaris moest volgens het College alleen via de voorzitter een relatie onderhouden met het departement. Men vreesde op dit punt voor aantasting van de onafhankelijke positie van de Gezondheidsraad.⁵⁶

Siderius besloot aanvankelijk de discussie over de voorstellen van Verheul en over de afwijkende visie van Haex uit te stellen tot er een nieuwe voorzitter zou zijn; de ambtsperiode van Haex liep namelijk ten einde. Nadat hij in januari 1982 met alle secretarissen en leden van de voormalige coördinatie-staf had gesproken besloot de secretaris-generaal ook de werving en benoeming van een nieuwe algemeen secretaris naar de toekomst te verschuiven. Minister M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen (geb. 1925) benoemde voor de tussentijd één van de secretarissen, de chemicus Pieter C. van Erkelens (geb. 1921), tot waarnemend algemeen secretaris. Deze benoeming ging op 1 april 1982 in 'overeenkomstig een taakomschrijving die in maart 1982 in het secretaressen-overleg van het secretariaat was ontworpen'. Van Erkelens kreeg hierdoor de eenhoofdige leiding over het gehele secretariaat.⁵⁷

8.1.6 De relatie met de overheid

Haex drong tijdens zijn ambtsperiode aan op versterking van de onafhankelijke positie van de Gezondheidsraad. Zo ook in 1973, toen hij reageerde op de uitkomsten van een op verzoek van minister L.B.J. Stuyt door de 'samenwerkende organisatieadviseurs voor de gezondheidszorg' verricht onderzoek naar de beheersbaarheid van de gezondheidszorg. Het rapport van de adviseurs, dat verscheen in september 1973, pleitte voor instelling van een Nationale Raad voor de Volksgezondheid, die belast moest worden met twee kerntaken. Allereerst diende deze Raad te fungeren als centraal adviserend college voor de rijksoverheid met betrekking tot de gezondheidszorg in de breedste zin van het woord en verder moest hij de uitvoering van het beleid coördineren. Voor dat doel zou de toekomstige Nationale Raad de beschikking moeten krijgen over verordenende bevoegdheden. Volgens het rapport moest de Gezondheidsraad, met andere adviesorganen, als 'Kamer' deel gaan uitmaken van de Nationale Raad. Als voorloper van deze Raad werd de Centrale Raad voor de Volksgezondheid gezien.

Haex was het daar niet mee eens. Hij vond dat bij het opzetten van een 'beheersingsstructuur' voor de gezondheidszorg de Gezondheidsraad niet in het geding was. Hij gaf aan dat de Gezondheidsraad niet probeert te 'beheersen', doch zich beperkt tot advisering over de stand van de wetenschap. De adviezen moesten in zijn visie, conform de Gezondheidswet, rechtstreeks aan de betrokken bewindslieden worden gericht. Mocht de regering besluiten haar beslissingsbevoegdheid op het terrein van de volksgezondheid deels over te hevelen naar de Nationale Raad, dan diende de Gezondheidsraad ook van dit lichaam totaal onafhankelijk te zijn. Het gevaar dat wetenschappelijke inzichten werden afgestemd op de wensen of het oordeel van de uitvoerder van het beleid, moest volgens Haex uitgesloten zijn. Ook waarschuwde hij dat geleerden zich van de Gezondheidsraad zouden afwenden als hun adviezen niet rechtstreeks de betrokken bewindspersoon zouden bereiken.⁵⁸

De inmiddels aangetreden staatssecretaris Hendriks nam de adviezen van de organisatie-adviseurs niet over in zijn Structuurnota Gezondheidszorg, die hij in augustus 1974 aan de Tweede Kamer aanbood. Volgens de nota zouden de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen in één 'maatschappelijk' adviesorgaan moeten opgaan. Deze gedachte kreeg tot op zekere hoogte in 1982 vorm door de instelling van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.⁵⁹ Het kabinet meende dat de Gezondheidsraad los moest staan van de Nationale Raad.⁶⁰ Omdat de Tweede Kamer zich hier niet tegen verzette, bleef de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad gewaarborgd.

De positie van de Gezondheidsraad kwam in de 'periode-Haex' nog één maal op hoog ambtelijk niveau ter sprake. Dat gebeurde door de 'Projectgroep externe advisering', die door het kabinet-Lubbers I (1982-1986) was ingesteld om het aantal adviesorganen van de rijksoverheid te beperken. Twee dagen voor zijn afscheid als voorzitter van de Gezondheidsraad ontving Haex een brief van minister L.C. Brinkman (geb. 1948), met de mededeling dat de 'Projectgroep externe advisering' in een interim-rapport voorstelde de Gezondheidsraad te handhaven. Haex kon nu met een gerust hart de Raad verlaten.⁶¹

Haex voerde vaak overleg met het departement. Van de kant van het departement namen, behalve de directeur-generaal van de Volksgezondheid, vanaf 1977 ook de secretaris-generaal en de directeur-generaal voor de Milieuhygiëne en vanaf maart 1980 de directeur-generaal van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid aan de besprekingen deel. In dit overleg kwamen de voortgang van de werkzaamheden van de Gezondheidsraad, de problematiek rond het secretariaat, de huisvesting en, als belangrijkste agendapunt, mogelijke adviesonderwerpen ter sprake. Wat dit laatste betreft werden nieuwe ideeën aangedragen door zowel het ministerie als de Gezondheidsraad.

Vanaf 1980 vond in het overleg met het departement ook een evaluatie plaats van de uitgebrachte adviezen. De directeur-generaal van de Volksgezondheid, de psychiater Joop van Londen (geb. 1931), sprak van een vaak lange adviestermijn, waardoor de adviezen aan politieke relevantie dreigden in te boeten. Hij voegde hier wel aan toe dat het bij de adviezen van de Gezondheidsraad meer om kwaliteit dan om snelheid ging.⁶²

In december 1981 werd een belangrijk deel van een CAB-vergadering gewijd aan de evaluatie van de adviezen. Tijdelijk algemeen secretaris Verheul had geconstateerd dat de in 1981 uitgebrachte rapporten als 'goed leesbaar' op het departement waren ontvangen, maar tot beleidsbeslissingen hadden zij nog niet geleid. Hieruit wilde Verheul geen conclusies trekken, omdat de adviezen nog maar net waren uitgebracht.

De directeur-generaal voor de Milieuhygiëne, ingenieur W.C. Reij (geb. 1923), stelde vast dat de Gezondheidsraad sinds het eind van de jaren zestig van enorm belang was geweest voor zijn directoraat-generaal, maar de adviesduur van gemiddeld zo'n 3½ tot 4 jaar was wel lang. Als het departement onder politieke druk stond moest Reij daarom de Gezondheidsraad als adviesorgaan passeren; hij deed dan eerder een beroep op een wetenschappelijk instituut, waarbij hij een mogelijk verlies aan objectiviteit op de koop toenam. Over fundamentele vraagstukken op het terrein van de milieuhygiëne werd, zo stelde Reij, de Gezondheidsraad wel om advies gevraagd. De directeur-generaal drong erop aan tijdens de adviesperiode tot een tussentijdse evaluatie te komen van de kant van het departement, om actuele maatschappelijke ontwikkelingen in het proces te kunnen betrekken. Dat stuitte op grote bezwaren van het CAB, dat verlies van objectiviteit vreesde.⁶³

8.1.7 De benoeming van de opvolger

Haex vond het van groot belang dat zijn opvolger de door hem ingevoerde organisatie en werkwijze van de Raad zou behouden. Daarom bracht hij zijn opvolging al ver voor zijn afscheid ter sprake. De eerste maal gebeurde dat in juli 1978, toen hij het CAB voorstelde dit College verder te versterken, zodat zijn opvolger er niet meer omheen zou kunnen. Ook pleitte Haex in deze vergadering voor tijdige voorbereiding van zijn opvolging 'zodat de best beschikbare kandidaat zal worden gekozen'.⁶⁴ Haex wist de leden van het CAB te winnen voor zijn idee te proberen invloed uit te oefenen op de benoeming van zijn opvolger.⁶⁵

Vanaf 1979 sprak het CAB geregeld over een profielschets voor de nieuwe voorzitter. Haex maakte in het voorjaar van 1981 een concept, dat, op enkele kleine wijzigingen na, in mei 1981 door het CAB werd overgenomen. De profielschets, die in juni 1981 werd opgestuurd naar het departement, behelsde dat de part-time voorzitter een arts moest zijn, het liefst praktizerend en stammend uit een breed specialisme. Het voordeel van een voorzitter die bij de patiëntenzorg betrokken bleef was dat deskundigen sneller gemotiveerd zouden raken hun schaarse tijd beschikbaar te stellen voor het commissiewerk van de Gezondheidsraad. De voorkeur van Haex en van het CAB ging uit naar iemand tussen de 50 en 55 jaar, een leeftijd die borg stond voor lange wetenschappelijke ervaring. De kandidaat diende over bestuurlijke kwaliteiten te beschikken en hij moest bereid zijn de interne organen van de Raad (het CAB, de filosofiecommissies, de beraadsgroepen en de coördinatiestaf) te handhaven en zo nodig verder te ontwikkelen. Hij moest niet verbonden zijn aan een bepaalde politieke stroming of belanghebbend instituut.⁶⁶

In juni 1982 formeerde het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een Advies- en Selectiecommissie voor de opvolging van Haex, waarin zaten directeur-generaal Van Londen, de directeur-generaal van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid Hans Herman Cohen (geb. 1923), de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid oud-staatssecretaris Hendriks, en de Maastrichtse hoogleraar in de chirurgie Jacobus Marinus Greep (geb. 1929), als afgevaardigde van het CAB. In een

poging invloed uit te oefenen besloot het CAB zelf kandidaten voor het voorzitterschap naar voren te schuiven. In een hiervoor speciaal belegde vergadering in september 1982 dienden zich drie leden van het CAB aan.⁶⁷ Het CAB vond dat het grote adviessterrein om verbreding vroeg van de top van de Gezondheidsraad, bijvoorbeeld door de benoeming van een vice-voorzitter.⁶⁸ In een brief aan de Advies- en Selectiecommissie maakte het CAB zijn visie kenbaar, waarbij het aandrong op een open sollicitatieprocedure.⁶⁹

In het najaar van 1982 begonnen de namen van secretaris-generaal Siderius en die van Kruisinga de ronde te doen in verband met de opvolging van Haex.⁷⁰ Vlak voor de jaarwisseling besloot de net tot minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur benoemde Brinkman Siderius voor te dragen.

De apotheker Siderius was in de periode 1962-1967 hoofdinspecteur voor de Geneesmiddelen. In 1967 werd hij directeur-generaal van de Volksgezondheid, en in 1971 secretaris-generaal van het toen gestichte departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Deze laatste functie oefende hij uit tot 4 november 1982, toen de poot 'volksgezondheid' tijdens de formatie van het kabinet-Lubbers I werd samengevoegd met het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Het kabinet trachtte de voordracht van Siderius meer kracht bij te zetten door hem aan te stellen als voorzitter van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Leiden. Door deze benoeming zou Siderius voeling hebben met wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg; daarmee kon aan een belangrijk element van de profielschets worden voldaan. De leiding van de Gezondheidsraad zou bovendien worden verbreed door instelling van een Presidiumcommissie en aanstelling van een of twee vice-voorzitters.⁷¹

Het CAB was fel gekant tegen de voorgenomen benoeming van Siderius. Begin 1983 toog Haex naar Brinkman om de mening van het CAB te verwoorden. Het was, zo stelde hij, duidelijk dat Siderius niet paste in de profielschets, waardoor hij voor het werven van deskundigen te weinig 'aantrekkingskracht' zou uitoefenen. Daar kwam bij dat Siderius jarenlang intensief betrokken was geweest bij de beleidsuitvoering op het departement. Hierdoor was hij in politiek vaarwater terechtgekomen, hetgeen de objectiviteit van de Gezondheidsraad in gevaar kon brengen, aldus Haex.⁷²

In februari 1983 liet het CAB de directeur-generaal van de Volksgezondheid weten alleen akkoord te gaan met benoeming van Siderius voor ten hoogste twee jaar. Een met onmiddellijke ingang te benoemen vice-voorzitter, die moest passen bij de profielschets, diende na twee jaar van plaats te wisselen met de voorzitter. Siderius kon vervolgens als vice-voorzitter aanblijven. Als laatste voorwaarde noemde het College dat de voorzitter en de vice-voorzitter tegelijkertijd moesten aantreden. Het CAB dreigde met aftreden als aan zijn voorwaarden niet werd voldaan.⁷³ Voor Siderius waren de gestelde voorwaarden onaanvaardbaar en hij zag daarom van aanvaarding van de functie af.

Het CAB had door zijn harde opstelling bewerkstelligd dat het kabinetsbesluit werd teruggedraaid. Daar stond tegenover dat, ondanks aandringen van Haex, de kandidaten van het CAB niet serieus in beeld kwamen.⁷⁴ Ongeveer een maand voor het aftreden van Haex schoof directeur-generaal Van Londen, in samenspraak met de Advies- en Selectiecommissie, de benoeming van een opvolger op de lange baan. Men wilde, om tijd te winnen, een tussenpaus. Het oog viel op oud-minister Stuyt, die voorlopig voor een half jaar tot voorzitter werd benoemd.⁷⁵ Tegelijkertijd met de benoeming van Stuyt bepaalde het ministerie dat er (door Stuyt) een Presidiumcommissie in het leven moest worden geroepen, om de voorzitter van de Raad te ondersteunen. Deze commissie bestond naast Stuyt uit H.H. Cohen en Greep. Stuyt moest in samenspraak met de Presidiumcommissie binnen een half jaar een voorstel voor de definitieve opvolging ontwerpen.⁷⁶

8.2 DE ORGANISATIE NA 1 MEI 1983

8.2.1 Lodewijk Benedictus Joannes Stuyt

Lodewijk Benedictus Joannes Stuyt, in 1914 geboren in Amsterdam als zoon van een architect, behaalde zijn artsexamen in 1942 aan de Universiteit van Amsterdam. In de resterende oorlogsjaren volgde hij een opleiding tot patholoog-anatoom. Na de Tweede Wereldoorlog werd hij assistent in de vakgroep Inwendige Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Zijn leermeester was de hoogleraar in de interne

geneeskunde Jacobus Gerardus Gerbrant Borst (1902-1975). In 1947 promoveerde Stuyt op het proefschrift: *De betekenis van de lymfeklierpunctie voor de diagnostiek van perifere lymfeklierzwellingen*. De inmiddels tot internist gespecialiseerde Stuyt vertrok in 1948, in het kader van zijn militaire dienst, naar Soerabaja, waar hij hoofd werd van de afdeling Inwendige Ziekten van het Marine Hospitaal. Vanaf 1951 zou hij dezelfde functie twintig jaar in het Ziekenhuis Westeinde in Den Haag uitoefenen. In 1962 werd hij lid van de Gezondheidsraad, waarbinnen hij actief was in commissies op het terrein van de pokkenvaccinatie.

In 1971 werd de politiek ongebonden Stuyt door premier B.W. Biesheuvel (geb. 1920) gevraagd in zijn kabinet de nieuwe portefeuille van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op zich te nemen. Na zich te hebben aangesloten bij de KVP werd Stuyt voor een periode van een kleine twee jaar minister. De nieuwe premier Den Uyl vroeg hem zijn ministerschap voort te zetten, maar Stuyt weigerde. Het kabinet benoemde hem toen in 1974 tot voorzitter van TNO, waardoor hij ambtshalve terugkeerde in de Gezondheidsraad. Stuyt verliet TNO in 1980. In dat jaar werd hij buitengewoon lid van de Raad van State. Met ingang van 1 mei 1983 nam de inmiddels bijna 69-jarige Stuyt het voorzitterschap van de Gezondheidsraad op zich. Dit deed hij aanvankelijk twee dagen per week, maar vanaf de zomer van 1984, toen hij zijn functie bij de Raad van State wegens het bereiken van zijn zeventigste verjaardag moest beëindigen, zette hij zich 3½ dag per week voor de Gezondheidsraad in.⁷⁷

Aangezien minister Brinkman tevreden was over de wijze waarop Stuyt het voorzitterschap van de Raad vervulde en er nog geen opvolger was, werd het mandaat van de internist een aantal keren verlengd. Zo bleef Stuyt ruim 2½ jaar, tot op ruim 71-jarige leeftijd, in functie. Hiermee handelde Brinkman overigens wel in strijd met de Gezondheidswet, die stelt dat de leeftijdsgrens voor het lidmaatschap van de Raad bij zeventig jaar ligt (artikel 25, lid 3).

8.2.2 Werkwijze

De instelling van de Presidiumcommissie was de belangrijkste verandering in de organisatie van de Gezondheidsraad in de 'periode-Stuyt'. Door aan te dringen op oprichting van deze commissie probeerde het departement tot verbreding van de leiding van de Gezondheidsraad te komen. In de praktijk bleek echter al snel dat Stuyt geen secondanten nodig had; hij deed zelden een beroep op zijn medeleden van de Presidiumcommissie.⁷⁸

Stuyt vond het aantal interne commissies te talrijk. Na een aantal maanden van aftasten besloot hij de door Haex gecreëerde interne overlegorganen in enigszins gewijzigde vorm te handhaven. Het systeem van beraadsgroepen hield hij in stand 'omdat zij bij advisering aan de Voorzitter op hun gebied een onmisbare rol spelen en omdat opheffing ervan zou kunnen leiden tot een verlies van de inmiddels opgebouwde expertise en contacten'.⁷⁹ Wel doopte hij omwille van de duidelijkheid de Filosofiecommissies Stralingshygiëne en Toxicologie om in Beraadsgroepen. Aan de Beraadsgroep Toxicologie werd bovendien de supervisie over het terrein van de ecologie toevertrouwd.⁸⁰

De taak van het CAB was volgens Stuyt te uitgebreid.⁸¹ Dit College kwam nog steeds zo'n zes keer per jaar bijeen. Op de overvolle agenda was niet altijd plaats voor behandeling van concept-adviesaanvragen. Uitstel van behandeling in het CAB betekende zonder meer een oponthoud van twee maanden in het uitbrengen van het advies. Na een werkgroep uit het CAB geraadpleegd te hebben hevelde Stuyt de meer algemene taak van het College - advisering over taak en positie van de Gezondheidsraad - over naar de Presidiumcommissie. Het gevolg was dat het CAB meer tijd kon vrijmaken voor bespreking van concept-adviezen. Daaronder behoorden vanaf 1984 in het algemeen niet meer de adviezen die reeds door de beraadsgroepen waren beoordeeld. Haex stuurde deze voor 'marginale toetsing' door naar het CAB, maar om de adviestermijn te bekorten schafte Stuyt deze procedure af. Hiermee was de taak van het CAB in wezen teruggebracht tot die van de beraadsgroepen. De signalerende en coördinerende functie van het CAB was immers nu beperkt tot het terrein dat buiten dat van de gezamenlijke beraadsgroepen viel.⁸²

De regionale selectie- en adviesgroepen van Haex werden door Stuyt opgeheven. Om overlapping van werkzaamheden van de verschillende instanties binnen de Gezondheidsraad tegen te gaan, dienden zij van het toneel te verdwijnen.⁸³

Deze veranderingen resulteerden in een verdere stroomlijning van de 'procesgang' binnen de Raad. Stuyt liet het door Haex opgerichte bouwwerk grotendeels intact, omdat hij de waarde ervan onderschreef. Ook volgde hij het voorbeeld van zijn voorganger om naast het voorzitterschap van het CAB en de beraadsgroepen zelden zelf 'gewone' commissies voor te zitten.

8.2.3 Secretariaat

Zoals gezegd, had de Gezondheidsraad in de jaren 1976-1981 gemiddeld vijftig maanden nodig voor het uitbrengen van een advies. In de periode 1983-1988 kwam de gemiddelde termijn van beantwoording van een adviesaanvraag op ongeveer achttien maanden te liggen. Deze versnelling voltrok zich ondanks een geleidelijk verlies aan formatieplaatsen (van 37½ in 1983 naar 35 in 1988), een bekorting van de arbeidstijd met vijf procent die niet door herbezetting werd gecompenseerd en een bezuiniging van maar liefst dertig procent om de uitgaven van de Raad in de pas te brengen met het beschikbare materiële budget.⁸⁴ Deze grootscheepse bezuiniging werd voornamelijk gerealiseerd door terugdringing van het aantal secretarissen in tijdelijke dienst⁸⁵ en beperking van de kosten van de talloze commissievergaderingen (ruim driehonderd in 1982). Deze laatste bezuiniging werd doorgevoerd door het ledental van nieuwe commissies te beperken.⁸⁶ De doelmatigheid van het werk van de Gezondheidsraad was volgens Stuyt niet gediend bij commissies met méér dan twintig leden; om en nabij de tien leden zou efficiënter zijn. Mocht het werkterrein van de commissies niet helemaal 'gedekt' worden door de commissieleden, dan konden bij de behandeling van een bepaald deelprobleem meer dan voorheen zogeheten gastdeskundigen worden geconsulteerd.

Behalve het verkleinen van de commissies leverde de kortere voorbereidingsfase voor het installeren van een commissie ook een belangrijke bijdrage aan de snellere advisering door de Gezondheidsraad. Verheul had in 1981 uitgerekend dat het overleg over de concept-adviesaanvraag en over de samenstelling van een commissie toentertijd vaak langer dan één jaar duurde. Dit kwam onder meer door raadpleging van vele instanties binnen en buiten de Gezondheidsraad. Deze keten van consultaties werd gekenmerkt door redundantie. Stuyt streefde naar het principe zich door niet meer dan één intern orgaan te laten voorlichten.⁸⁷ In de vorige paragraaf werd al aangegeven hoe hij dit uitgangspunt bij de toetsing van de concept-adviezen in praktijk bracht.

Een verbetering van de positie van de algemeen secretaris droeg ook bij tot het slagvaardig functioneren van de Gezondheidsraad. Onder Stuyt kreeg de algemeen secretaris in feite als 'hoofd van dienst' de volledige verantwoordelijkheid over het secretariaat (secretarissen en bureaumedewerkers).⁸⁸ Met ingang van 1 augustus 1983 werd de psycholoog-farmacoloog Hendrikus Gerardus Maria Rigter (geb. 1946) benoemd tot algemeen secretaris van de Raad. Rigter was eerder werkzaam geweest bij Organon en bij de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid.⁸⁹ Hij was voor zijn nieuwe functie reeds gepolst door Haex; Stuyt sloot zich bij de keuze van zijn voorganger aan en Van Londen hielp de benoeming te bekrachtigen.⁹⁰ Onder leiding van Rigter kwam het secretariaat van de Gezondheidsraad in rustiger vaarwater,⁹¹ mede dank zij de goede verstandhouding tussen de voorzitter en de algemeen secretaris.⁹²

8.2.4 De benoeming van de opvolger

Het was oorspronkelijk de bedoeling dat de leden van de Presidiumcommissie, samen met directeur-generaal Van Londen, de definitieve opvolging van Haex binnen een half jaar zouden regelen. Omdat zij er niet in slaagden een kandidaat te vinden die op de steun kon rekenen van hen allen en Stuyt naar ieders tevredenheid functioneerde, werd er al snel een afwachtende houding ingenomen. Ook het CAB hield zich rustig.

Het secretarissen-overleg stelde echter in december 1984, op verzoek van Van Londen, een profielschets voor een nieuwe voorzitter op. De kandidaat moest, aldus de secretarissen, beschikken over grote sociale vaardigheden; zich kunnen verenigen met de organisatiestructuur van het secretariaat; kunnen delegeren; een goede wetenschappelijke achtergrond hebben; bij voorkeur een medicus zijn, het liefst met actieve klinische ervaring; en kunnen functioneren zonder last of ruggespraak.⁹³

Begin 1985 kwam de benoemingsprocedure voor een nieuwe voorzitter plotseling in een stroomversnelling. Het kabinet-Lubbers I liet weten dat chemicus en oud-minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne L. Ginjaar met ingang van 1 juni 1985 de voorzittershamer van Stuyt zou overnemen. Prompt kwam het CAB weer in actie. In een extra vergadering op 1 april 1985 besloot het College zich te verzetten tegen de keuze van het kabinet.⁹⁴ Via Stuyt kreeg minister Brinkman te horen dat de benoeming van een niet-medicus tot voorzitter van de Gezondheidsraad voor het CAB in principe onaanvaardbaar was. Alleen een medisch deskundige leiding van de Raad kon de noodzakelijke contacten met de geleerden in het medische veld onderhouden. Opnieuw dreigde het College in zijn geheel af te treden. Slechts als er een medisch deskundige vice-voorzitter werd benoemd die enkele wettelijke bevoegdheden van de voorzitter zou overnemen, was het mogelijk dat het CAB zijn verzet opgaf.⁹⁵

Ditmaal bleek het conflict tussen het CAB en het departement oplosbaar. Staatssecretaris J.P. van der Reijden (geb. 1927) stelde half mei voor een vice-voorzitter te benoemen, die de medische onderwerpen zou behandelen. Verder deed Van der Reijden de suggestie een Presidiumcommissie van vijf leden te vormen, die in ieder geval uit de voorzitter en de vice-voorzitter moest bestaan. Alle partijen konden zich, na enig heen en weer gepraat, in deze ideeën vinden. Om de nieuwe constructie niet overhaast te doen invoeren besloot het kabinet de benoeming van Ginjaar uit te stellen.⁹⁶

Ginjaar vond de actie van het CAB overbodig. Zodra het kabinet hem voor het voorzitterschap had voorgedragen, had hij al besloten de medische deskundigheid in de leiding van de Gezondheidsraad te behouden door de benoeming van een vice-voorzitter.⁹⁷ En aldus geschiedde, waarbij als taakverdeling werd afgesproken dat de voorzitter zich meer op de milieuhygiënische onderwerpen zou richten en de vice-voorzitter op de medische; dit laatste gebeurt op basis van een door de voorzitter van de Raad verleend mandaat. De instelling van het vice-voorzitterschap werd via een Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 62 van de Gezondheidswet) geregeld.⁹⁸ Na intensief beraad besloot Ginjaar de medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht mw. E. Borst-Eilers tot vice-voorzitter van de Gezondheidsraad aan te wijzen.⁹⁹ Het duo aanvaardde per 1 december 1985 hun functies.¹⁰⁰

8.3 DE ADVIEZEN

In de 'periode-Haex' bracht de Gezondheidsraad 307 adviezen uit, een gemiddelde van bijna negentien per jaar. In de 31 maanden dat Stuyt de scepter zwaaid over de Raad, zagen 84 adviezen het licht, een gemiddelde van bijna 33 per jaar. Een groot deel van deze adviezen besloeg meer dan honderd pagina's. Daarom kan op de volgende bladzijden alleen een selectie aan bod komen. Enerzijds passeren onderwerpen de revue die ook vóór 1966 op de agenda van de Gezondheidsraad prijken, anderzijds komen thema's aan de orde die kenmerkend waren voor de periode na 1966. Tot deze laatste categorie behoren onder meer de 'welvaartsziekten', de medisch-technologische revolutie en (de toenemende dan wel herlevende belangstelling voor) medisch-ethische en milieuhygiënische vraagstukken. De adviezen over pokken openen de stoet.¹⁰¹

8.3.1 De uitroeiing van de pokken

Het vorige hoofdstuk beschreef dat de Gezondheidsraad in 1966 een sterk verdeeld advies uitbracht over het al dan niet intrekken van de Inentingswet. Staatssecretaris Bartels kon met het rapport niet uit de voeten en vroeg de Gezondheidsraad in februari 1967 om een nieuw oordeel over de zuigelingenvaccinatie. Zoals gezegd, besloot Haex het vraagstuk voor te leggen aan de hoogleraar in de microbiële ziekten Goslings.

Het advies-Goslings

Haex bood het advies-Goslings in augustus 1968 aan minister Roolvink aan. Goslings onderschreef het minderheidsstandpunt uit het rapport van 1966, namelijk dat afschaffing van de zuigelingenvaccinatie voorlopig ongewenst was. Hij voerde hiervoor vier argumenten aan.

In de eerste plaats viel het volgens Goslings niet te voorspellen binnen welke termijn de uitroeiing van pokken een feit zou zijn. Daarom stelde hij voor om de vijf jaar te bekijken of de Inentingswet moest

worden gehandhaafd. Hij waarschuwde voor te groot optimisme. Zo was in Azië in 1967 het aantal gevallen van pokken toegenomen.

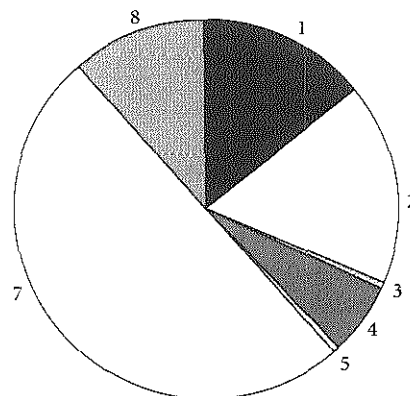
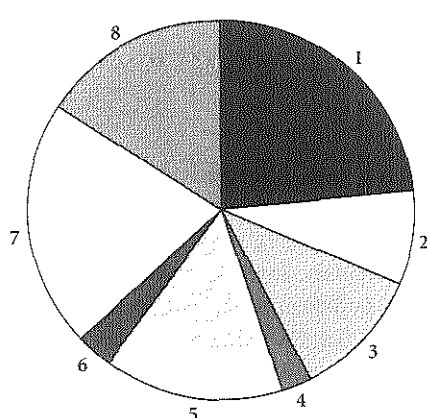
Uit onderzoek van de 'kleine commissie' bleek dat sinds de Elstreestam werd gebruikt het aantal complicaties van de pokkenvaccinatie was gehalveerd, en dat was voor Goslings de tweede reden aan te dringen op handhaving van de zuigelingenvaccinatie. Hij stelde dat door verschuiving van de inenting van de eerste levensmaanden naar het laatste trimester van het eerste levensjaar nog betere resultaten konden worden geboekt.

Ten derde had Goslings berekend dat bij vervanging van de zuigelingenvaccinatie door inenting van alleen leden van risicogroepen, zoals voorgesteld door de meerderheid van de Gezondheidsraadcommissie, het jaarlijks aantal vaccinaties met ruim 120.000 zou teruglopen. Dit kon bij een pokkenepidemie rampzalige gevolgen hebben, aldus de hoogleraar.

Tot slot legde Goslings er de nadruk op dat 'afschaffing' van de vaccinatie niet voor een tweede maal ongestraft kon gebeuren. Daarmee doelde hij op de opschorting van de zijdelingse inentingsdwang in 1928 en op de Inentingswet van 1939. De regering kreeg volgens hem niet opnieuw de kans een besluit over pokkenvaccinatie te herroepen.

Haax verenigde zich met het voorstel van Goslings om de discussie over de afschaffing van de zuigelingenvaccinatie met vijf jaar op te schorten. In februari 1972 moest opnieuw worden gezien hoe de uitroeling van pokken verliep en of de gunstige resultaten van het Elstreevaccin zich hadden doorgezet. Bovendien kon in de tussentijd verder worden gezocht naar een optimaal vaccin, aldus de voorzitter in zijn aanbiedingsbrief. Hij berichtte de minister het advies voorgelegd te hebben aan de voormalige leden van de Commissie inzake de pokkenvaccinatie, die, op één na, de zienswijze van Goslings deelden.¹⁰²

Ook de regering schaarde zich achter het advies. Staatssecretaris Kruisinga zei in de Tweede Kamer dat aan intrekking van de Inentingswet nog te veel nadelen waren verbonden.¹⁰³



	Gemiddeld 1902-1985	15 november 1966 - 1 december 1985
1. Besmettelijke ziekten	23,4%	14,3%
2. Niet-besmettelijke ziekten (behalve beroepsziekten)	8,2%	17,1%
3. Uitoefening van de geneeskunde	11,0%	0,8%
4. Ethiek en recht	2,6%	6,1%
5. Levens- en genotmiddelen	14,9%	0,5%
6. Leefomstandigheden	2,9%	—
7. Risico's van menselijke activiteiten	21,1%	49,9%
8. Overig, waaronder:	15,8%	11,3%
● Interne organisatie en functioneren instellingen op het terrein van de volksgezondheid	3,4%	0,5%
● Planning van voorzieningen	1,3%	4,9%

Adviezen Gezondheidsraad 15 november 1966 - 1 december 1985.

Complicaties

In 1971 stelde de 'kleine commissie'¹⁰⁴ uit de Encefalitiscommissie minister Stuyt op de hoogte van de in Nederland waargenomen complicaties na de pokkenvaccinatie in de jaren 1959-1968. In het verslag,

opgesteld door het hoofd van de Epidemiologische Dienst van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid Polak, werden 328 geregistreerde ziektegevallen in verschillende rubrieken ingedeeld. Zestig sterfgevallen, waarvan ruim negentig procent onder zuigelingen, werden in verband gebracht met de pokkenvaccinatie. De commissie toonde aan dat het Elstreevaccin, vanaf 1964 algemeen toegepast,¹⁰⁵ het aantal complicaties had doen dalen. Het aantal sterfgevallen bij zuigelingen was in de periode 1964-1968 met zestig procent afgenomen in vergelijking met de jaren voordien. Ook het aantal complicaties bij personen ouder dan twee jaar was gereduceerd. Daarbij speelde, behalve de Elstreestam, ook de toepassing van antivaccinia-gammaglobuline, dat meer en meer ingang vond, een belangrijke rol.¹⁰⁶

Intrekking van de Inentingswet

Terwijl de pokkenvaccinatie, zij het minder dan vroeger, nog altijd slachtoffers eiste, kwam de Inentingswet steeds meer onder druk te staan. In mei 1971 constateerde de Wereldgezondheidsorganisatie dat de uitroeiing van pokken naar wens verliep. Kort daarna beëindigden de regeringen van Engeland en de Verenigde Staten hun bemoeienissen met de pokkenvaccinatie. In Nederland gingen de ontwikkelingen niet zo snel. In december 1971 vroeg minister Stuyt de Gezondheidsraad of ook de Nederlandse regering moest stoppen met het aanmoedigen van de inenting.

Het advies van de Commissie inzake de pokkenvaccinatie van zuigelingen¹⁰⁷ verscheen in september 1974.¹⁰⁸ Zij gaf aan dat het aantal gevallen van pokken over de wereld was gedaald van ongeveer 2½ miljoen in 1967 tot 135.000 in 1973. Slechts elf landen, alle gelegen in Oost-Afrika of Zuid-Azië, waren nog niet bevrijd van pokken. De commissie toonde zich optimistisch dat ook in deze gebieden pokken spoedig zouden verdwijnen. Zij pleitte voor intrekking van de Inentingswet, omdat de kans op import van pokken in Nederland gering was en de zuigelingenvaccinatie nog altijd met complicaties gepaard ging. Bovendien leverde de inenting geen blijvende immuniteit tegen pokken op.

Toch wenste de commissie niet definitief afscheid te nemen van de pokkenvaccinatie. Het leek haar raadzaam (para)medisch personeel van ziekenhuizen en personeel werkzaam in laboratoria waar onderzoek werd gedaan met pokkenvaccins, met andere woorden de leden van de beroepsgroepen die bij een pokkenepidemie de meeste kans liepen besmet te raken, te verplichten zich tegen pokken te laten inenten. Deze regeling, waarvan gemoeds- en gezondheidsbezwaarden waren uitgesloten, moest van kracht blijven totdat pokken de wereld uit waren.¹⁰⁹

Het kabinet-Den Uyl (1973-1977) zag geen heil in dit laatste voorstel. Wel volgde zij met spoed de aanbeveling op om de Inentingswet in te trekken. Een daartoe strekkend wetsontwerp, ingediend in februari 1975,¹¹⁰ werd in het najaar van 1975 door de Staten-Generaal zonder noemenswaardige discussie aanvaard. De Wet van 5 november 1975 (*Stb.* 606) maakte een eind aan ruim 35 jaar inentingsdrang, met als gevolg een enorme daling van het aantal vaccinaties. Omdat er nog nauwelijks complicaties werden aangemeld, had de Encefalitiscommissie van de Gezondheidsraad geen reden van bestaan meer en werd zij door Haex in juli 1976 ontbonden.¹¹¹

Onderwijl was het streven de pokken uit te roeien in een stroomversnelling geraakt. Na Pakistan (oktober 1974), Nepal (april 1975) en India (mei 1975) werd, met ingang van 12 november 1975, ook Bangladesh, en daarmee geheel Azië, pokkenvrij verklaard. Alleen in Afrika, vooral Ethiopië, bestonden nog pokkenhaarden. Op 26 oktober 1977 werd Ali Mao Maalen, een 23-jarige man uit Somalië, als laatste pokkenpatiënt geregistreerd. Precies twee jaar later verklaarde de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie dat de uitroeiing van pokken een feit was. Op een vergadering van de organisatie in mei 1980 werd deze uitspraak officieel bekrachtigd.

8.3.2 Andere besmettelijke ziekten

Het aantal adviezen van de Gezondheidsraad dat in de jaren 1966-1985 aan preventie en bestrijding van besmettelijke ziekten was gewijd, bedroeg ruim veertien procent. Daarmee nam het aandeel van dit thema in het werkprogramma van de Raad verder af. 'Traditionele' ziekten als pokken/encefalitis, tuberculose

en polio vroegen minder de aandacht, maar omdat de Gezondheidsraad zijn blik op andere besmettelijke aandoeningen richtte, zoals bof, mazelen, rubella, influenza, hepatitis en AIDS, bleef het thema toch belangrijk in de werkzaamheden van de Raad.

In deze paragraaf komen achtereenvolgens de adviezen van de Raad over polio, sera en vaccins, het Rijksvaccinatieprogramma, de inenting tegen influenza, en AIDS aan bod. Bij uitzondering passeert 'tuberculose' niet de revue. In de jaren na 1966 resteerde wat deze ziekte betreft de vraag hoe het omvangrijke bestrijdingsapparaat verantwoord kon worden ingekrompen en gereorganiseerd. Aangezien deze kwestie, anders dan in de 'periode-Wester', niet meer aan de Gezondheidsraad maar aan andere instanties, zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, werd voorgelegd, gingen in de hier besproken periode slechts twee adviezen van de Raad over tuberculose.¹¹²

Polio

Polio, in de 'periode-Wester' een van de meest terugkerende adviesonderwerpen, verscheen tijdens het voorzitterschap van Haex twee maal op de agenda van de Gezondheidsraad. Beide keren vormde een epidemie de aanleiding.

Begin 1971 werd de gemeente Staphorst door een polio-epidemie getroffen.¹¹³ Van de 39 personen die ziekteverschijnselen vertoonden, overleden er vijf en deden zich bij zeven ernstige verlamningsverschijnselen voor. Het inentingspercentage in Staphorst lag ver beneden het landelijk gemiddelde, dat ongeveer negentig procent bedroeg. In Staphorst was slechts de helft van de kinderen tot achttien jaar ingeënt. Dit lage inentingspercentage, terug te voeren op religieuze bezwaren tegen de vaccinatie, bepaalde de grote omvang van de epidemie. Het poliovirus werd onder leiding van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bestreden door alle Staphorsters in de leeftijd van twee maanden tot negentien jaar Sabinvaccin aan te bieden. De epidemie was snel bedwongen, omdat 87 procent van deze bevolkingsgroep gevaccineerd werd.

De polio-epidemie deed de in de periode 1955-1966 gevoerde discussies over de voor- en nadelen van de Salk- en Sabinvaccins herleven. Medische deskundigen traden in dagbladen en wetenschappelijke tijdschriften tegen elkaar in het strijdperk. De overheid zag echter geen aanleiding het door de Gezondheidsraad uitgestippelde beleid (inenting met Salkvaccin en alleen toediening van Sabinvaccin bij een epidemie) te wijzigen. Wel vroeg staatssecretaris Kruisinga de Gezondheidsraad in april 1971 wat het effect van invoering van een vaccinatieplicht zou zijn op de inentingsgraad van de bevolking, 'zulks mede met het oog op het recentelijk ten aanzien van poliomyelitis gebleken risico, verbonden aan een laag inentingspercentage'.

Pas 2½ jaar na binnenkomst van de adviesaanvraag installeerde Haex de Commissie Vaccinatieplicht, die onder leiding kwam te staan van de hoogleraar in de kindergeneeskunde Hendrik Klaas Aldert Visser (geb. 1930).¹¹⁴ Bijna elf maanden later, in september 1974, bracht de commissie advies uit. Zij concludeerde dat invoering van een vaccinatieplicht nadelig zou zijn voor het inentingspercentage, dat inmiddels 95 procent bedroeg en gunstig afstak bij dat in omringende landen. Een dwangmaatregel werkte demotiverend, lokte protest uit en was niet of nauwelijks te controleren, aldus de commissie. Verder betoogde zij dat een vaccinatieplicht indruiste tegen de in Nederland heersende medisch-ethische opvattingen. De commissie stak de loftrumpet over het bestaande vaccinatieprogramma en stelde, gezien het lokale karakter van de polio-explosie, dat 'reeds nu landelijke epidemieën tot het verleden behoren'.¹¹⁵

De bewindslieden volgden het advies en lieten het Nederlandse vaccinatiebeleid ongemoeid. Bij een eventuele toekomstige epidemie zou een draaiboek van de Geneeskundige Inspectie, in januari 1972 opgesteld, van kracht worden. Dat regelde aanbieding van het Sabinvaccin in plaatsen waar het poliovirus werd gesignaleerd en de inentingsgraad beneden de 75 procent lag, met als doel zo snel mogelijk een dam op te werpen tegen de verspreiding van het virus. De Inspectie vond dat niet nodig voor gemeenten met een hoog inentingspercentage (75 procent of meer).¹¹⁶

Volkomen onverwacht brak er in april 1978 een landelijke polio-epidemie uit.¹¹⁷ De epidemie, met 110 geregistreerde polioge vallen, werd pas na zes maanden bedwongen. Zonder uitzondering waren de getroffen personen niet tegen polio ingeënt en zij waren allen aangesloten bij orthodox-protestantse kerkgenootschappen, die, de een meer uitgesproken dan de ander, zich op religieuze gronden tegen de

vaccinatie keerden. Deze rechtzinnigen leefden min of meer afgescheiden van de rest van de bevolking. Zij onderhielden een sterk onderling sociaal contact, dat zich onder meer uitte in plaatsing van de kinderen op dezelfde scholen. Onder de naar schatting 350.000 ongevaccineerde personen jonger dan 27 jaar die niet tot een orthodox-protestants kerkgenootschap behoorden, vielen geen slachtoffers te noteren.¹¹⁸

In dorpen waar het poliovirus toesloeg, bood de Geneeskundige Inspectie in allerijl Sabinvaccin aan. De resultaten van de entingscampagnes waren teleurstellend, omdat de opkomstpercentages niet veel afweken van de reguliere cijfers. Dit wees erop dat voor de vaccinatie zich voornamelijk mensen meldden die al met het DKTP-vaccin waren ingeënt. Toen ook poliogeveallen werden geconstateerd in plaatsen met een inentingsgraad van meer dan 75 procent, kwam de gehele Nederlandse bevolking tot 27 jaar voor eenmalige toediening met Sabinvaccin in aanmerking. Ook nu bestond de indruk dat maar weinig leden van de protestantse kerkgenootschappen zich liet 'inenten'. De Geneeskundige Inspectie riep de ongevaccineerden op de besmette gebieden te mijden en af te zien van overmatige lichamelijke inspanning. Verder stelde zij via circulaire huis-, kinder-, tandartsen en neurologen van het verloop van de epidemie en de getroffen maatregelen op de hoogte. Tot schoolsluiting werd niet besloten, aangezien het poliovirus zich op het moment van constatering van een poliogeval al had verspreid.¹¹⁹

Staatssecretaris E. Veder-Smit (geb. 1921) droeg haar steentje bij aan de bestrijding van de epidemie. Op 28 juni deed zij een beroep op de Nederlandse bevolking zich te laten vaccineren. Zij stelde dat er geen risico's aan de polio-inenting waren verbonden; 'in dat opzicht is de situatie totaal anders dan in het verleden bij de inenting tegen pokken, waarbij zich ernstige complicaties konden voordoen', aldus de staatssecretaris. Twee dagen later deed Veder-Smit ook een beroep op vijf kerkeraden van een aantal protestantse groeperingen¹²⁰ de bezwaren tegen vaccinatie te laten varen. Daarnaast wist zij de bekende ethici van gereformeerde huize Jochem Douma (geb. 1931) en Willem Hendrik Velema (geb. 1929) te bewegen contact op te nemen met de gemoedsbezwaarden.¹²¹

Op 7 september stelde Veder-Smit de leden van de Eerste en Tweede Kamer op de hoogte van het verloop van de epidemie en de door de Geneeskundige Inspectie genomen maatregelen. Zij wees een vaccinatieplicht van de hand, waarbij zij zich beriep op het advies van de Gezondheidsraadcommissie uit 1974 en verwees naar de geschiedenis van de pokkenvaccinatie. De staatssecretaris maakte bekend de Gezondheidsraad gevraagd te hebben of in het licht van de gegevens van de heersende polio-epidemie het vaccinatiebeleid moest worden herzien.¹²²

De reactie van de Tweede Kamer op de nota van Veder-Smit was lauw. Buiten de vergaderlokalen maakte de polio-epidemie de tongen los. Behalve de 'traditionele' discussies tussen medische experts over de keuze van het vaccin trok vooral het betoog van de kinderrechtster en buitengewoon lector in het jeugdrecht en jeugdbeschermingsrecht J.E. Doek de aandacht. Hij beschuldigde de zwaar gereformeerden van kinderverwaarlozing en pleitte voor invoering van een vaccinatieplicht tegen polio. Ouders die daaraan geen gehoor gaven moesten uit de ouderlijke macht worden gezet en de betrokken kinderen konden vervolgens via de Raad voor de Kinderbescherming alsnog worden ingeënt, aldus Doek.¹²³ De kinderrechtster kreeg niet veel bijval voor zijn betoog. De discussie verstomde toen bleek dat de epidemie ten einde liep. Doek kreeg echter een nieuwe mogelijkheid zijn ideeën uit te dragen, omdat Haex hem opnam in een commissie van de Gezondheidsraad.

Dit gezelschap, onder voorzitterschap van de hoogleraar in de neurologie George Willem Bruyn, bracht in augustus 1982 advies uit. De commissie zag geen reden het beleid te wijzigen, omdat sinds de jaren zestig onder de gevaccineerden geen poliogeveallen waren gezien, de inentingen niet door bijwerkingen werden gevolgd, grote ervaring was opgedaan met het DKTP-vaccin, en de gemoedsbezwaarden ook bij massavaccinatie met Sabinvaccin kwetsbaar bleven. Het feit dat in de ons omringende landen Sabinvaccin werd toegepast¹²⁴ zonder dat er polio-explosies optraden, vormde voor de commissie geen reden op beleidswijziging aan te sturen. De geïsoleerde levenswijze van de zwaar gereformeerden in Nederland, de reden voor het uitbreken van de epidemie, was uniek. Ook nu pleitten de deskundigen voor aanbieding van Sabinvaccin in epidemische situaties.¹²⁵ Twaalf van de vijftien leden van de commissie vonden invoering van een vaccinatieplicht tegen polio ongewenst. In aanvulling op het gestelde in het advies uit 1974 voerden zij hiervoor de volgende argumenten aan:

- 'a. het haalt, juist bij de groep waar het om gaat, niets uit: men laat zich liever bekeuren; b. het kan een boemerang-effect hebben, waardoor zelfs voorlichting geen nut meer heeft; c. degenen die zich wel laten inenten blijven beschermd; zij hebben door de houding van de weigeraars niet méér risico gelopen; d. de eenheid ouder/kind wordt van buitenaf aangetast. Dit kan blijvende

psychologische gevolgen hebben voor de band binnen het gezin; e. het nalaten van de ingreep heeft in de meeste gevallen geen onmiddellijk aanwijsbare gevolgen.'

Het advies bevatte twee minderheidsnota's. Commissievoorzitter Bruyn meende 'dat onder epidemische omstandigheden de Overheid gerechtigd, ja zelfs verplicht is, vaccinatie tegen poliomyelitis te verplichten voor de kinderen van de religieus bezwaarde weigeraars'.¹²⁶ Doek en de ethica Heleen Margriet Dupuis (geb. 1945) wilden bij voorbaat een vaccinatieplicht invoeren:

'Wil men werkelijk een volgende epidemie voorkomen, dan zal men op korte termijn moeten overgaan tot de invoering van een vaccinatieplicht. Met deze plicht als uitgangspunt kan dan zoveel mogelijk langs de weg van voorlichting en overreding worden gestreefd naar een zodanig inentingspercentage dat de kans op een nieuwe epidemie verwaarloosbaar klein tot nihil wordt.

Elk kind in dit land heeft er recht op.'¹²⁷

Aangezien het advies ruim vier jaar na het uitbreken van de polio-epidemie werd uitgebracht, was de actuele waarde ervan nihil. Tot politieke reacties kwam het dan ook niet. Hooguit werden de aanbevelingen als een aanmoediging gezien het sinds de tweede helft van de jaren vijftig gevoerde poliovaccinatiebeleid voort te zetten.

Sera en vaccins

Paragraaf 4.2.2 liet zien dat de Gezondheidsraad in 1928 op grond van de Wet Sera en Vaccins werd belast met de opdracht te adviseren over verstrekking van vergunningen voor de bereiding van sera en vaccins. Daarnaast moest de Raad ingevoerde dan wel in Nederland geproduceerde sera en vaccins onderzoeken en vrijgeven, in feite een uitvoerende taak. De betrokken commissie, Commissie ex art. 14 van het Sera- en Vaccinsbesluit geheten, raakte na de Tweede Wereldoorlog in de vergetelheid. De adviezen kwamen tot stand na schriftelijke of telefonische consultatie van enkele deskundigen. Ook werd een enkele keer een ad hoc commissie geformeerd.¹²⁸ De toezichthoudende taak, waarvoor de Raad onvoldoende was geoutilleerd, kwam voor rekening van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid.¹²⁹ Vanaf 1962 drongen commissies van de Gezondheidsraad aan op het officieel afstoten van deze voor de Raad wezensvreemde taak,¹³⁰ maar tot op de dag van vandaag zonder resultaat.¹³¹

Haex bracht de 'Commissie ex art. 14 van het Sera- en Vaccinsbesluit' in 1974 weer tot leven.¹³² Hij benoemde de directeur-generaal van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid, op dat moment Spaander, tot voorzitter. De commissie besliste over handelsvergunningen voor sera en vaccins en adviseerde over de verlening van bereidingsvergunningen. Officieel waren de commissieleden ook verantwoordelijk voor het ter plaatse controleren van de naleving van voorschriften en hadden zij de bevoegdheid de betrokken laboratoria te inspecteren. Deze taken werden in de praktijk gedelegeerd aan respectievelijk het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en de Inspectie voor de Geneesmiddelen.

Het Rijksvaccinatieprogramma en de inenting tegen influenza

Met ingang van 1 mei 1962 bestond het Rijksvaccinatieprogramma uit inenting met DKTP-vaccin. Midden jaren zeventig werden ook de vaccinaties tegen mazelen en, voor meisjes van elf jaar, rubella (rode hond) in het programma opgenomen, nadat een commissie van de Gezondheidsraad in zeven adviezen eisen te stellen aan de betrokken vaccins had geformuleerd en had aangegeven welke bevolkingsgroepen voor inenting in aanmerking kwamen. In 1984 beval een commissie aan kinderen ook tegen bof te vaccineren. Eind jaren tachtig werd de inenting tegen de drie kinderziekten gecombineerd in het zogeheten BMR-vaccin. Vanaf 1984 rapporteert de Gezondheidsraad jaarlijks welke ongewenste bijwerkingen de massavaccinaties opleveren.

Ook de vaccinatie tegen influenza stond geregeld in de belangstelling van de Gezondheidsraad. In 1975 voor het eerst, en vanaf 1981 jaarlijks, doet een commissie aanbevelingen over de samenstelling en toepassing van het influenzavaccin voor het naderende winterseizoen. Zij geeft verder aan voor welke individuen met risicogroepen inenting aangewezen is.

Het verkregen immunodeficiëntie-syndroom (AIDS) doet opgeld sinds het begin van de jaren tachtig. Inmiddels zijn miljoenen mensen met het AIDS-virus (HIV) besmet. Het eerste geval van besmetting in Nederland werd ontdekt in 1982. Al in september 1983, toen Nederland nog maar zeven geregistreerde AIDS-patiënten telde, vroeg staatssecretaris Van der Reijden de Gezondheidsraad zich te buigen over de vraag hoe AIDS kon worden opgespoord, voorkomen en bestreden. De Raad vatte zijn nieuwe taak serieus op. Stuyt, die zelf in New York de eerste in een ziekenhuis opgenomen patiënt met AIDS had bezocht, formeerde bij uitzondering een omvangrijke commissie, met maar liefst 26 leden. Dit gezelschap, met Stuyt zelf als voorzitter, bracht op korte termijn twee interimadviezen uit.

In het eerste interimadvies, uit mei 1984, beval de commissie richtlijnen aan voor de verpleging, behandeling en psychosociale begeleiding van patiënten lijdend aan, of sterk verdacht van het hebben van AIDS. Voorzorgsmaatregelen, zoals het dragen van handschoenen 'door personen die in contact kunnen komen met bloed, andere lichaamsvochten, excreta, weefsels of artikelen en oppervlakken die daarmee verontreinigd kunnen zijn' en het gebruik van wegwerpnalden en -spuiten, werden besproken.¹³³

In het tweede interimadvies, uitgebracht in maart 1985, stond de commissie stil bij de epidemiologie; de verwekker van AIDS; de betekenis van serologische onderzoeksmethoden; de belangrijkste infecties die zich bij AIDS kunnen voordoen; ethische en psychosociale aspecten; de behandelwijze bij personen verdacht van of lijdend aan AIDS in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg; de veiligheid van bloed en bloedprodukten; algemene preventieve maatregelen; en de voor- en nadelen van vrijwillige of verplichte aangifte van AIDS-patiënten. Dit advies, dat ruim honderd pagina's besloeg, verscheen toen er nog nauwelijks gezaghebbende publikaties over AIDS bestonden. Niet alleen voor de overheid, maar ook voor de werkers in het veld bevatte het tal van wetenswaardigheden. Daarom gaf Stuyt in zijn aanbiedingsbrief de bewindslieden in overweging het advies 'zo spoedig mogelijk te doen toekomen aan alle artsen die geacht kunnen worden met AIDS-patiënten te worden geconfronteerd, alsmede het te zenden aan alle ziekenhuizen in Nederland'.¹³⁴ De Geneeskundige Inspectie kweet zich van deze taak.

Na het aftreden van Stuyt zette de Gezondheidsraad zijn werk op het terrein van preventie en bestrijding van AIDS onverminderd voort.

8.3.3 Niet-besmettelijke ziekten

Ruim zeventien procent van de adviezen van de Gezondheidsraad uit de periode 1966-1985 had preventie en bestrijding van niet-besmettelijke ziekten tot onderwerp. Daarmee overtrof dit thema, afgemeten aan het aantal adviezen, voor de eerste maal dat van de infectieziekten. Daarvoor zijn enkele oorzaken aan te wijzen. Ten eerste was de frequentie van belangrijke besmettelijke ziekten flink gedaald, terwijl die voor niet-besmettelijke aandoeningen, als hart- en vaatziekten en kanker juist steeg. In de tweede plaats zorgden ook de spectaculaire ontwikkelingen op het gebied van de klinische diagnostiek en therapie ervoor dat de aandacht voor niet-besmettelijke ziekten toenam.

Behalve de reeds eerder behandelde onderwerpen krop, cariës en kanker komen in deze paragraaf ook hart- en vaatziekten, nierziekten en verkeersongevallen ter sprake.

Krop

Volgens het Broodbesluit van 1968, genomen op grond van de Warenwet, waren alle bakkers verplicht geïodeerd broodzout in hun produkten te verwerken. Daarnaast bestond de mogelijkheid jodium aan keukenzout toe te voegen. In 1974 gingen er stemmen op om laatstgenoemde regeling in te trekken¹³⁵ en de zoutindustrie besloot daarom geen jodiumhoudend keukenzout (Jozo) meer op de markt te brengen. Staatssecretaris Hendriks was er niet van overtuigd dat jodering van broodzout voor preventie van krop volstond en hij vond daarom een onderzoek gewenst. De bewindsman vroeg de Gezondheidsraad in april 1976 of jodering van keukenzout echt kon komen te vervallen.

De betrokken commissie, onder leiding van Den Hartog, bracht in augustus 1981 advies uit. Zij luidde de noodklok, omdat de strumaprofylaxe door daling van de broodconsumptie en stopzetting van de

jodering van keukenzout niet meer voldeed aan de eisen uit het advies van 1963. In de ogen van de commissie kon de preventie worden verbeterd door verhoging van het jodiumgehalte van broodzout van 46 naar 60 milligram per kilogram (bij haar berekeningen ging de commissie uit van een minimale broodconsumptie van vier sneetjes per dag). Bovendien moest de zoutindustrie worden verplicht jodium aan keukenzout toe te voegen (in een gehalte van 26,2 milligram per kilogram).¹³⁶

De bewindslieden onderschreven de voorstellen van de commissie. In de loop van 1982 werd het jodiumgehalte van broodzout verhoogd en ook kwam er weer jodiumhoudend keukenzout in de handel. Maar de maatregelen boden onvoldoende soelaas. In een onderzoek over de periode 1982-1986 bleek dat bij veel adolescenten de schildklier vergroot was. In Helmond, vanouds een 'kropgebied', had gemiddeld 35 procent van de jongeren struma. Wat de commissie van de Gezondheidsraad niet had voorzien, was dat veel jongeren niet meer toekwamen aan het eten van vier sneetjes brood per dag. Bovendien brachten fabrikanten, naast zakken gejodeerd keukenzout, ook strooibussen ongejodeerd zout op de markt, wat het preventieve beleid ondermijnde. Daar kwam nog bij dat het Broodbesluit werd aangevochten. Twee macrobiotische bakkers tekenden in 1984 bij de Hoge Raad protest aan tegen de 'verplichte massamedicatie' met jodium. De Hoge Raad vond het Broodbesluit niet rechtsgeldig, omdat jodium een geneesmiddel zou zijn, dat niet op grond van de Warenwet aan broodzout kon worden toegevoegd. Sinds deze uitspraak heeft de rijksoverheid haar greep op de landelijke jodiumvoorziening via brood verloren.¹³⁷

Cariës

In de tweede helft van de jaren zestig namen de protesten tegen drinkwaterfluoridering toe. De kritische geluiden drongen bij monde van de SGP-er Van Dis in de Tweede Kamer door. Staatssecretaris Kruisinga liet echter in november 1967 weten het beleid van zijn voorgangers te zullen voortzetten. Hij meldde vol trots dat op korte termijn bij vier miljoen Nederlanders gefluorideerd drinkwater uit de kraan zou stromen.¹³⁸ Wel besloot de bewindsman opnieuw de Gezondheidsraad in te schakelen voor beoordeling van de resultaten van de fluoridering van drinkwater.

De door Haex voorgezeten commissie¹³⁹ bracht in juli 1970 advies uit. Zij stelde zich vierkant op achter de conclusies uit het in 1960 verschenen rapport. De commissie, die zich tot medisch-toxicologische en tandheelkundige aspecten van het vraagstuk beperkte, stelde dat fluoridering van drinkwater cariës met vijftig tot zestig procent deed afnemen. Andere methoden om tandbederf terug te dringen waren minder veilig of effectief. Aan de toepassing van fluortabletten waren praktische bezwaren verbonden (bewaking van de dosering) en fluoridering van brood, zout of melk zou niet tot betere resultaten leiden, aldus de commissie. Plaatsvervangend voorzitter Gerritsen kondigde bij de aanbidding van het advies aan dat een andere commissie van de Gezondheidsraad op korte termijn de juridische, maatschappelijke, ethische en ecologische kanten van de problematiek zou bestuderen.¹⁴⁰

Intussen was er een juridische strijd ontbrand over de drinkwaterfluoridering. De Waterleidingwet van 1957 (*Stb.* 150) verbood om zonder toestemming van de minister stoffen aan drinkwater toe te voegen. In 1968 werd een Koninklijke Beschikking ter goedkeuring van een fluorideringsproject aangevochten bij de Kroon. De bezwaren die de tegenstanders tegen de Beschikking aanvoerden, vond de Kroon ongegrond. Niettemin vernietigde zij in augustus 1970 de verleende goedkeuring, omdat 'zolang de wetgever terzake van het fluorideren van drinkwater geen nadere speciale regels heeft gesteld, de bedoelde goedkeuring slechts wordt verleend indien tenminste een voorziening is getroffen voor de aangeslotenen op het waterleidingbedrijf, die blijk hebben gegeven overwegende bezwaren tegen een maatregel als bedoeld te hebben'. Voor Kruisinga was deze uitspraak reden de waterleidingbedrijven te verplichten nevenvoorzieningen te treffen voor consumenten die bezwaar hadden tegen gefluorideerd drinkwater. Gedacht werd aan het defluorideren van drinkwater door middel van filters; de aanleg van een apart buizenstelsel; en het aanbieden van ongefluorideerd drinkwater bij tappunten, tankwagens of in flessen. Realisering van deze voorzieningen stuitte echter op financiële en hygiënische bezwaren.

De jurisprudentie was daarmee nog niet voltooid, want de Hoge Raad bepaalde op 22 juni 1973 dat een wettelijke grondslag voor fluoridering van drinkwater ontbrak. Drie maanden later verscheen het tweede deel van het advies van de Gezondheidsraad. De betrokken commissie, onder voorzitterschap van Den Hartog, schreef dat verbetering van de voedingsgewoonten en de mondhygiëne pas op lange termijn

het aantal gevallen van tandbederf zou terugdringen. Veel sneller kon resultaat worden geboekt door drinkwaterfluoridering verplicht te stellen. Deze maatregel moest niet door waterleidingbedrijven, maar door de rijksoverheid worden genomen (daarmee kwam de commissie tegemoet aan de bezwaren van de Hoge Raad). De overgrote meerderheid van de commissie wees de bezwaren tegen drinkwaterfluoridering van de hand en zag geen aanleiding waterleidingbedrijven te verplichten aan gemoedsbezwaarden ongefluorideerd drinkwater te leveren, gezien de praktische problemen.¹⁴¹

Het arrest van de Hoge Raad van 22 juni 1973 dwong de regering handelend op te treden. In december 1973 dienden minister Vorrink en staatssecretaris Hendriks een ontwerp van Wet tot wijziging van de Waterleidingwet met het oog op fluoridering van het drinkwater bij de Tweede Kamer in. Doel van deze noodwet was de levering van gefluorideerd drinkwater aan 3,8 miljoen Nederlanders te regelen en de situatie van voor 22 juni 1973 te herstellen. Het betrof een overgangsmaatregel; binnen drie jaar moest, na een discussie over de principiële kanten van de zaak, een definitief besluit volgen.

De Tweede Kamer reageerde kritisch op het wetsontwerp. In het Voorlopig Verslag koos een meerderheid voor de optie eerst de ethische aspecten van het vraagstuk te belichten alvorens tot invoering van de noodwet over te gaan. Verder hekelden de meeste parlementariërs het ontbreken van bepalingen voor de alternatieve drinkwatervoorziening voor gemoedsbezwaarden. De bewindslieden stelden in de Memorie van Antwoord dat de regeling slechts het dichten inhield van een door de Hoge Raad geconstateerde lacune in de wet. Zij somden nogmaals de voordelen van drinkwaterfluoridering op en stelden dat de waterleidingbedrijven verplicht waren ook ongefluorideerd drinkwater te leveren. Zij gaven echter toe dat aan de alternatieve voorzieningen financiële en hygiënische bezwaren kleefden. Het bottelen van ongefluorideerd water leek hun desgevraagd de minst slechte keuze.¹⁴²

De meeste waterleidingbedrijven hadden inmiddels op eigen gezag of na een rechterlijke uitspraak de drinkwaterfluoridering stopgezet. Het aantal Nederlanders dat gefluorideerd drinkwater consumeerde, daalde midden jaren zeventig tot 1,4 miljoen. In maart 1976 volgde het plenaire debat over het wetsontwerp. Een meerderheid van de Tweede Kamer bleef het voorstel om wetstechnische en principiële redenen afwijzen. In een lang debat probeerden Vorrink en Hendriks tevergeefs de parlamentsleden van hun gelijk te overtuigen.¹⁴³ Zij trokken eind april hun wetsontwerp in en daarmee behoorde drinkwaterfluoridering in Nederland tot het verleden.¹⁴⁴

Het was nu zaak andere preventieve maatregelen te nemen. Minister Ginjaar vroeg de Gezondheidsraad in juni 1978 hoe cariës moest worden aangepakt. De betrokken commissie, onder voorzitterschap van de hoogleraar in de preventieve en sociale tandheelkunde Klaus Georg Gustav König (geb. 1931), bracht bijna zes jaar later advies uit. Het uitgebreide rapport bevatte een overzicht van de mogelijkheden om tandbederf te voorkomen. De commissie drong aan op uitbreiding van de bestaande voorlichtingscampagne om de voedingsgewoonten en de verzorging van het gebit te verbeteren. Zij maakte de resultaten bekend van een onderzoek naar de wijze waarop fluoride-opname kon worden bevorderd en zij pleitte, nu fluoridering van drinkwater juridisch en politiek onmogelijk was, voor stimulering van het gebruik van fluortabletten en fluorhoudende tandpasta's. De tabletten konden, bij voorkeur gespreid over de dag, vanaf de geboorte worden toegediend. Kinderen van vier jaar en ouder zouden er bovendien goed aan doen fluorhoudende tandpasta's te gebruiken.¹⁴⁵ Toen dit advies verscheen, in maart 1984, waren deze middelen ter voorkoming van tandbederf deels al ingeburgerd.

Kanker

Kanker was in het hier beschreven tijdperk doodsoorzaak nummer twee. Het aantal sterfgevallen steeg van 183 per 100.000 inwoners in 1965 tot 239 in 1987.¹⁴⁶ Het gewicht van de ziekte werd weerspiegeld in het werkprogramma van de Gezondheidsraad. Van de zestien adviezen die over kanker handelden, stonden die over het al dan niet invoeren van een bevolkingsonderzoek op de voorgrond. De betrokken commissie liet zich in haar eerste advies op dit terrein, uitgebracht in juli 1974, positief uit over een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Andere bevolkingsonderzoeken, zoals naar borst- en longkanker, wees zij vooralsnog van de hand, omdat tegen deze vormen van kanker geen effectieve behandeling bestond.¹⁴⁷

Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker werd eind jaren zeventig een feit.¹⁴⁸ Bijna tegelijkertijd kwamen op beperkte schaal bevolkingsonderzoeken naar borst- en longkanker van de grond. Het longkankerproject werd door een commissie van de Gezondheidsraad in 1981 zwaar gekritiseerd, omdat bij ontdekking van de aandoening de kans op genezing minimaal was. Het onderzoek leidde volgens haar tot psychische (over)belasting van de onderzochte personen.¹⁴⁹ Minister Gardeniers-Berendsen sloot zich daarbij aan en verzocht de bewuste organisaties het project zo spoedig mogelijk te beëindigen,¹⁵⁰ wat ook gebeurde.

De proef voor de vroege opsporing van borstkanker moest volgens de betrokken commissie worden voortgezet. Door verbetering van de opsporingstechniek (mammografie) kon de ziekte, in vergelijking met 1974, eerder worden ontdekt en de patiënt daardoor beter behandeld. De commissie liet de minister in 1981 in een interimadvies weten de resultaten van de proefprojecten bemoedigend te vinden. Voor een landelijke regeling was het echter nog te vroeg.¹⁵¹ Drie jaar later herhaalde zij deze standpunten in een tweede interimadvies.¹⁵² Uiteindelijk vond een commissie van de Gezondheidsraad in 1987 de tijd rijp om, onder voorwaarden, tot invoering van een periodiek bevolkingsonderzoek naar borstkanker van vrouwen tussen de vijftig en zeventig jaar over te gaan.¹⁵³

Verder trok in de hier behandelde periode ook het uit oktober 1984 daterende rapport over radiotherapie, met acht deeladviezen, veel aandacht. Deze documenten gaven een uitgebreid overzicht van de knelpunten in de radiotherapeutische zorg in ons land.¹⁵⁴

De problematiek van het roken keerde op het programma van de Raad terug. Zoals we zagen in hoofdstuk 7, voerde de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding vanaf het midden van de jaren zestig een campagne om vooral kinderen te wijzen op de gevaren van roken. De resultaten waren bemoedigend, zo deelde staatssecretaris Kruisinga in januari 1971 de Tweede Kamer mee. De Nederlanders rookten in 1969 nauwelijks meer sigaretten dan in 1965, in tegenstelling tot de inwoners van enkele andere Westeuropese landen.¹⁵⁵ Maar omdat de cijfers voor 1970 minder gunstig leken, vroeg de bewindsman de Gezondheidsraad de door het departement gesubsidieerde campagne te evalueren en suggesties te doen voor verbetering. Kern van de opdracht was: formuleer een pakket van maatregelen om het roken van vooral sigaretten terug te dringen. Het advies van de commissie, onder voorzitterschap van de hoogleraar in de sociale psychiatrie Johannes Herbert Plokker, kwam in juli 1975 uit. De commissie bracht geen vrolijke boodschap. Het roken, gemeten in sigarettenconsumptie per hoofd van de bevolking, was, ondanks een daling van het aantal rokers, sinds 1970 weer in opmars, vooral onder de jeugd. De commissie schatte dat jaarlijks ongeveer 12.000 personen aan de gevolgen van roken overleden. Toch toonde zij zich tevreden over de activiteiten van de Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding. Het was nu tijd voor een volgende stap: het 'roken-bevorderende klimaat' moest worden omgezet in een 'roken-afremmend klimaat':

'In het huidige psychologisch klimaat van de samenleving wordt roken als normaal beschouwd en soms zelfs als een vereiste waaraan men moet voldoen om geaccepteerd te worden. Door het bestaan van deze sociale norm, door de indringende reclame, die voor rookwaar wordt gebruikt en door andere factoren worden de mensen aangemoedigd en gedrongen om te roken; er bestaat dan ook geen echte keuzevrijheid t.a.v. wel of niet roken. Het psychologisch klimaat in de samenleving dient zodanig te veranderen dat men roken negatief gaat beoordelen; nieuwe generaties zullen zich dan anders ten opzichte van het roken gaan gedragen, en de stimulans om te gaan roken wordt afgeremd.'

Daartoe stelde de commissie een offensief actieprogramma op, waarmee zij op onderdelen haar tijd ver vooruit was: uitbreiding van de voorlichtingscampagne; verbod voor artsen, onderwijzers en bekende Nederlanders, zoals televisie-presentatoren, te roken tijdens hun werk; een rookverbod in wachtkamers van instellingen voor gezondheidszorg; ophanging van bordjes met het verzoek niet te roken in openbare gebouwen, vergaderzalen en gemeenschappelijke werkruimten; een verbod reclame te maken voor rookwaar; verplichte toevoeging van een waarschuwende tekst aan advertenties en verpakking van rookwaar; beperking van het aantal verkooppunten van tabak en verwijdering van sigarettenautomaten; eventueel invoering van lagere premies voor niet-rokers bij levens-, ziekte- en invaliditeitsverzekeringen; en vestiging van een anti-rookpolikliniek.

De commissie beval verder de oprichting aan van een Nationaal Instituut tot Beperking van het Roken, met als taak 'het bieden van mogelijkheden tot advies en begeleiding aan allen die op het terrein van anti-rookacties actief zijn, die zich toelegt op het systematiseren van de beschikbare informatie en de ervaringen die bij de acties worden opgedaan, en die programma's op lange en korte termijn samenstelt en coördineert'. De commissie zag de overheid, het Koningin Wilhelmina Fonds,¹⁵⁶ de Nederlandse Hartstichting, en het Nederlands Asthmafonds als financiers van dit instituut.¹⁵⁷ Tot slot merkte zij op dat passief roken (blootstelling van niet-rokers aan tabaksrook) schadelijk was voor de ongeboren vrucht en de gezondheid van kinderen; of passief roken de gezondheid van volwassen niet-rokers aantastte, was nog onbekend.¹⁵⁸

Bijna tegelijk met het uitvoerige advies van de Gezondheidsraad ontving staatssecretaris Hendriks een rapport van de departementale commissie-Meulblok, waarin beperking van de tabaksreclame centraal stond. Hij legde beide rapporten voor aan de Interdepartementale Coördinatiecommissie Gezondheidszorg, met het verzoek de voorstellen op maatschappelijke, juridische en politieke haalbaarheid te toetsen.¹⁵⁹ In januari 1977 trok Hendriks zijn conclusies. Mèt de commissie van de Gezondheidsraad vond hij verandering van sociaal klimaat gewenst: roken moest worden afgeremd. Maar verder dan intensivering van de voorlichting, uitbreiding van het aantal rookvrije ruimten, en een tekst op de verpakking van tabaksprodukten, ging de staatssecretaris niet; hij vond de tijd nog niet rijp voor de andere door de commissie voorgestelde maatregelen. Wel zegde hij toe de mogelijkheden van beperking van tabaksreclame te zullen bestuderen.¹⁶⁰

Ook de opvolgers van Hendriks wilden het roken ontmoedigen, maar ook zij kozen voor de ambtelijke weg, waaronder inschakeling van de Interdepartementale Commissie Beperking Tabaksgebruik. Jarenlange vertraging was het gevolg. Behalve uitbreiding van de voorlichting was de enige concrete maatregel die de regering vóór 1986 nam vaststelling van het Aanduidingenbesluit voor sigaretten en shag, dat begin 1982 inging.¹⁶¹ Sindsdien stond op pakjes sigaretten en shag een vermelding van de teer- en nicotinegehalten, en de tekst: 'Roken bedreigt de gezondheid. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.'¹⁶²

Uiteindelijk diende de regering eind 1984 een ontwerp van Wet inzake maatregelen ter beperking van het tabaksverbruik in het bijzonder ter bescherming van de niet-roker, kortweg Tabakswet genoemd, bij de Tweede Kamer in. Deze raamwet, in het voorjaar van 1988 aangenomen (*Stb.* 342), bood de overheid de mogelijkheid de tabaksreclame en het aantal verkooppunten van tabaksprodukten te beperken. Voorts bevatte de wet een regeling voor afkondiging van rookverboden in overheidsgebouwen en instellingen voor respectievelijk gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, onderwijs, sociaal-cultureel werk en sport. Het Aanduidingenbesluit sigaretten en shag werd overgeheveld naar de Tabakswet en de waarschuwende tekst werd per 1 juni 1989 aangescherpt: 'Roken schaadt de gezondheid. Het kan longkanker of hartklachten veroorzaken.'

De Tabakswet, die op 1 januari 1990 in werking trad, ging minder ver dan wat de commissie van de Gezondheidsraad in 1975 had voorgesteld. De regeling is een compromis tussen enerzijds gezondheids- en anderzijds economische en fiscale belangen.¹⁶³

Hart- en vaatziekten

Verreweg de meeste mensen overleden in deze jaren aan hart- en vaatziekten. Het sterftecijfer per 100.000 inwoners bedroeg in 1965 360 en in 1987 346, met een hoogtepunt in 1972.¹⁶⁴

De Gezondheidsraad hield zich sinds het eind van de jaren zestig bij herhaling bezig met het thema hart- en vaatziekten. Tussen 1966 en 1985 waren een kleine twintig adviezen aan dit onderwerp gewijd, waaronder het in maart 1971 gepubliceerde rapport 'inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten door verbetering van de mogelijkheden tot preventie, behandeling en revalidatie'.¹⁶⁵ Dit laatste advies overtuigde staatssecretaris Kruisinga van de noodzaak van het nemen van extra beleidsmaatregelen, vooral om het preventiebeleid te versterken. Hij stelde het parlement een campagne in het vooruitzicht om de bevolking te informeren over gezonde leefgewoonten (niet-roken, meer lichaamsbeweging en gezond eten). Hij wilde verder een kleinschalig bevolkingsonderzoek naar hart- en vaatziekten laten uitvoeren (door de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding), de curatieve zorg (kwaliteit hartbewakingseenheden,

opleiding van deskundig verplegend personeel) en de revalidatiemogelijkheden verbeteren, het wetenschappelijk onderzoek intensiveren en de samenwerking tussen ziekenhuizen bevorderen.

Het rapport van de commissie van de Gezondheidsraad bracht Kruisinga er ook toe tal van instanties tot actie aan te zetten, zoals de Voedingsraad, het Voorlichtingsbureau van de Voeding, het Nederlands Huisartsen Instituut, de werkgroep Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.¹⁶⁶ De Gezondheidsraad ging zich vooral richten op de ontwikkeling van de hartchirurgie (zie paragraaf 8.3.5).

Na overleg met het departement besloot Haex in 1976 dat het advies van 1971 moest worden geactualiseerd. Minister Brinkman kreeg het bijna vijfhonderd pagina's tellende nieuwe rapport pas in juni 1984. Het bevatte een uitvoerig overzicht van de epidemiologie en de mogelijkheden van preventie van ischemische hartziekten.¹⁶⁷ Een ander advies stond stil bij de invloed van hypertensie (verhoogde bloeddruk) op het ontstaan van hart- en vaatziekten en de middelen om deze aandoening te voorkomen, op te sporen en te behandelen.¹⁶⁸

Nierziekten

De ontwikkelingen op het gebied van de klinische diagnostiek en therapie voltrekken zich sinds het midden van de jaren zestig in stormachtig tempo. Geavanceerde medische technologie ging tot het huisraad van de geneeskunde behoren. Onder de vele adviezen die de Gezondheidsraad over dit soort technologie uitbracht, vallen die over 'nierfunctie vervangende behandeling' op. Nierfunctie vervanging vindt toepassing bij patiënten met falende nieren bij wie de functie van deze organen moet worden ondersteund of overgenomen door dialyse of transplantatie. Het thema 'nierfunctie vervanging' keerde vooral in de 'periode-Haex' steeds weer op de agenda van de Gezondheidsraad terug.

Het eerste advies van de Gezondheidsraad op dit vlak verscheen in juli 1968, in de vorm van een interimrapport. Hemodialyse - behandeling met de kunstnier - en niertransplantatie stonden in Nederland nog in de kinderschoenen¹⁶⁹ en het was aan de Gezondheidsraad de weg te wijzen. De betrokken commissie slaagde daarin met glans. Het uitgebreide advies bevatte, naast ethische en juridische beschouwingen, een overzicht van de achtergronden, resultaten en kosten van hemodialyse en niertransplantatie. De commissie stelde verder een behoefteraming op, lanceerde voorstellen voor de inrichting van de behandelcentra en stond stil bij de voor- en nadelen van thuisdialyse. Zij zag overwegende medische bezwaren tegen hemodialyse en niertransplantatie bij patiënten beneden de tien tot twaalf jaar en boven de vijftig tot zestig jaar.¹⁷⁰

Het eindadvies dat de commissie vier jaar later publiceerde kwam in grote trekken overeen met het interimrapport. Uitzondering vormde de constatering dat dialysebehandeling bij patiënten onder de dertien jaar niet langer onmogelijk was.¹⁷¹ De twee publikaties van de Gezondheidsraad verschaften de regering vele aanknopingspunten voor het gecontroleerd invoeren van de betrokken therapieën in de Nederlandse gezondheidszorg. De teneur van de adviezen was: creëer nieuwe voorzieningen maar concentreer ze wel in gespecialiseerde centra. Deze lijn van advisering werd prominent door de totstandkoming van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in 1971 (*Stb.* 286), toen de regering de Raad keer op keer vroeg om een oordeel over de behoefte aan, en de benodigde capaciteit en deskundigheid voor, toepassing van zogenoemde topklinische functies (zie paragraaf 8.3.5).

Na 1972 bleef de Gezondheidsraad de regering voorlichten over de wetenschappelijke ontwikkelingen op het vlak van hemodialyse en niertransplantatie. Zo rapporteerde een commissie in april 1977 dat nierfunctie vervangende therapieën, dank zij technische verbeteringen, bij kinderen gangbaar waren geworden. Dat vereiste oprichting van kinderdialysecentra, aldus de commissie.¹⁷² Kort daarna verscheen een nieuw advies over niertransplantatie, waarin verdubbeling van het aantal niertransplantaties werd bepleit omdat deze ingreep, in termen van gezondheidswinst en kosten, te preferen viel boven dialyse.¹⁷³

In 1978 besprak een commissie de voor- en nadelen van hemodialyse: actieve, passieve, (poli)klinische, diätet-, en thuisdialyse. Zij concludeerde dat door de medisch-technologische ontwikkelingen nu ook personen ouder dan 59 jaar voor dialyse in aanmerking kwamen, wat honderd extra

'dialysebedden' zou vergen.¹⁷⁴ Tot slot bracht een commissie van de Raad in 1980 een advies uit over mogelijkheden van preventie van aandoeningen die tot nierinsufficiëntie (het falen van de nierfunctie) kunnen leiden.¹⁷⁵

Ook na de 'periode-Haex' adviseerde de Gezondheidsraad geregeld over nierfunctievervanging. Steeds werden de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen geschetst en cijfers over behoefte en benodigde behandelcapaciteit gepresenteerd.¹⁷⁶ Het beleid van de regering op dit vlak stelde steeds in belangrijke mate op de adviezen van de Raad.

Verkeersongevallen

Het aantal verkeersslachtoffers groeide na de Tweede Wereldoorlog gestaag en bereikte in 1970 met 3341 doden, ofwel 25,6 per 100.000 inwoners, een hoogtepunt.¹⁷⁷ Hoewel de situatie nadien langzaam verbeterde, bleven verkeersongevallen in de hier behandelde periode op plaats vier staan in het klassement van doodsoorzaken.¹⁷⁸ Ook op dit terrein liet de Gezondheidsraad van zich horen. Een commissie formuleerde in 1966 normen te stellen aan de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van bestuurders van motorvoertuigen.¹⁷⁹ De richtlijnen, waarop keurende artsen zich in de praktijk plegen te baseren, werden door de Gezondheidsraad in 1971 en 1985 herzien.¹⁸⁰

8.3.4 Ethiek en recht

Het aantal adviezen met een in hoofdzaak medisch-ethische strekking¹⁸¹ viel vóór 1966 op de vingers van één hand te tellen. Medisch-technologische en maatschappelijke ontwikkelingen riepen tal van ethische en juridische vragen op, die de regering herhaaldelijk voorlegde aan de Gezondheidsraad. Tussen 1966 en 1985 bracht de Raad in totaal 24 adviezen met een overwegend ethisch/juridische invalshoek uit, waarvan twintig na 1974. Ethici drongen door tot de ledenlijst van de Raad. De oprichting van de Beraadsgroep Gezondheidsethiek in 1977, die een signalerende en coördinerende functie kreeg, was illustratief voor de toenemende belangstelling voor dit soort vraagstukken.

In deze paragraaf passeren zeven onderwerpen met sterke ethisch/juridische kanten de revue. Dit zijn achtereenvolgens kunstmatige bevruchtingsmethoden, transseksualiteit, homoseksuele relaties met minderjarigen, euthanasie, abortus provocatus, wetenschappelijk onderzoek met foetaal weefsel, en orgaantransplantatie. Naar volledigheid kan ook nu niet worden gestreefd. Daarom blijft een aantal onderwerpen, zoals genetische manipulatie ('genetic engineering')¹⁸² en erfelijkheidsvoorlichting ('genetic counseling')¹⁸³ buiten beschouwing.

Methoden voor kunstmatige bevruchting

Paragraaf 7.2.4 liet zien dat Nederland rond 1960 in het algemeen afwijzend stond ten opzichte van donorinseminatie (KID), maar tot een verbod kwam het niet. In de jaren zestig keerde het tij. Terwijl in 1960 nog 93½ procent van de Nederlandse vrouwenartsen zich tegen toepassing van KID verklaarde, gold dit tien jaar later voor minder dan veertig procent. Het aantal met kunstmatige inseminatie verwekte kinderen steeg in de loop van de jaren zeventig tot vijfhonderd à duizend per jaar, waarbij in de helft van de gevallen sprake was van KID. Steeds meer organisaties spraken zich ten gunste van deze behandeling uit.¹⁸⁴

Nieuwe kunstmatige bevruchtingsmethoden deden hun intrede.¹⁸⁵ Zo kwam eind jaren zeventig in-vitro-fertilisatie (IVF), ook wel reageerbuisbevruchting genoemd, in de belangstelling te staan. Deze methode houdt in dat eicellen, die via een punctie uit een eierstok zijn verkregen, in het laboratorium worden bevrucht waarna een of enkele van de aldus ontstane embryo's in de baarmoeder van de vrouw worden gebracht om zwangerschap te doen ontstaan. In 1978 kwam in Engeland het eerste reageerbuiskind ter wereld. IVF werd snel populair, ook in Nederland, waar op 15 mei 1983 het eerste IVF-kind werd geboren. De reageerbuisbevruchting riep tal van vragen op, reden voor minister Gardeniers-Berendsen de Gezondheidsraad in juli 1982 te vragen zijn licht over de nieuwe technologie te laten schijnen. Vijf

maanden later vroeg staatssecretaris Van der Reijden ook het oordeel van de Raad over toepassing van KID.

Beide adviesaanvragen werden door één en dezelfde commissie behandeld, die in november 1983 werd geïnstalleerd en de Rotterdamse hoogleraar in de neurochirurgie Samuel Albert de Lange tot haar voorzitter koos. Wildgroei van IVF dreigde en de commissie besloot met spoed een interimadvies uit te brengen.

Bedoeld document zag het licht in oktober 1984. Strekking ervan was het bevorderen van een gecoördineerde en evenwichtige ontwikkeling van IVF-centra. De commissie adviseerde IVF alleen toe te passen bij vrouwen die wegens eileideraandoeningen onvruchtbaar waren. Zij stelde voor een beperkt aantal academische centra toe te staan jaarlijks in totaal achthonderd tot duizend vrouwen te behandelen. Zo zouden de resultaten controleerbaar blijven en konden ontsporingen tijdig worden gesignaleerd en geresseerd, aldus de commissie. Zij formuleerde een reeks van eisen waaraan de IVF-centra moesten voldoen, waaronder het afzien van winstbejag.

De commissie sprak zich ook uit over ethische en juridische kanten van de reageerbuisbevruchting. Zij wees draagmoederschap (het inplanten van een bevruchte eicel in de baarmoeder van een andere vrouw als de natuurlijke moeder geen zwangerschap kan of wil uitdragen) van de hand en achtte het gebruik van zaad- en/of eicellen van donoren in het kader van IVF onder voorwaarden aanvaardbaar. Bovendien stelde de commissie richtlijnen op voor wetenschappelijk onderzoek met in het laboratorium overgebleven embryo's (rest-embryo's).¹⁸⁶ Zij kondigde aan in het eindadvies uitgebreid terug te komen op de ethische en juridische implicaties van de IVF-methode.¹⁸⁷

Het interimadvies volgend stelde de regering in juni 1985 het Besluit tijdelijke regeling IVF vast (Stcr. 141). Daardoor werd IVF voorlopig onder de werking van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht. Bedoeling was de toepassing van IVF te beperken tot een gelimiteerd aantal ziekenhuizen, die, wat betreft uitvoering en uitkomsten van de methode, aan kwaliteitseisen moesten voldoen.¹⁸⁸

In oktober 1986 bracht de commissie haar eindadvies over de medische, psychosociale en ethische aspecten van 'kunstmatige voortplanting' uit. Haar aandacht ging vooral uit naar IVF, donorinseminatie, eiceldonatie¹⁸⁹ en, reagerend op een aanvullende adviesaanvraag van staatssecretaris Van der Reijden uit februari 1985, naar draagmoederschap. De commissie somde eisen op waaraan de verschillende bevruchtingsmethoden volgens haar moesten voldoen. Zij vond klonen, het inbrengen van menselijke embryo's in een dier en vice versa, wetenschappelijk onderzoek met embryo's ouder dan veertien dagen, en het speciaal verwekken van embryo's voor wetenschappelijke doeleinden uit den boze. Onderzoek met rest-embryo's jonger dan veertien dagen achtte zij slechts aanvaardbaar als het gewenste wetenschappelijk inzicht niet op andere wijze kon worden verkregen en als beide partners toestemming voor het onderzoek hadden gegeven en de ethische commissie van het desbetreffende ziekenhuis plus een landelijke commissie het onderzoeksvoorstel hadden goedgekeurd. Verder concludeerde de commissie dat de donor anoniem moest blijven, iedere vorm van commercialisering van de bevruchtingsmethoden moest worden uitgesloten, draagmoederschap alleen op medische gronden kon worden toegestaan, en alleenstaande vrouwen en lesbiennes in aanmerking konden komen voor toepassing van kunstmatige bevruchting als zij bereid en in staat waren een 'vaderfiguur' in het leven van het kind te betrekken.¹⁹⁰

Het advies van de commissie-De Lange vormde de basis voor de nota over kunstmatige bevruchting die de bewindslieden Brinkman, D.J.D. Dees (geb. 1944) en F. Korthals Altes (geb. 1931) in september 1988 bij de Tweede Kamer indienden.¹⁹¹ De bewindslieden maakten op twee onderdelen een afweging die anders uitviel dan door de commissie bepleit. Zij zagen kunstmatige bevruchting bij het ontbreken van een sociale vader als bezwaarlijk en beoordeelden draagmoederschap als ongewenst.¹⁹² Een absoluut 'nee' spraken zij echter niet uit, behalve wat betreft commercieel draagmoederschap.¹⁹³

Transseksualiteit

De eerste reactie van de Gezondheidsraad op geslachtsaanpassende operaties was afwijzend, zoals hoofdstuk 7 liet zien. Dat oordeel droeg ertoe bij dat men in Nederland in de jaren zestig met die operaties

stopte. In het buitenland, vooral in de Verenigde Staten, werden positieve behandelingsresultaten geboekt. Dit feit, en de toenemende seksuele 'tolerantie', maakten geslachtsaanpassing weer bespreekbaar. De Gezondheidsraad pakte in de 'periode-Haex' de draad weer op, waarbij de aandacht zich in eerste instantie richtte op de juridische positie van transseksuelen.¹⁹⁴

Een groot probleem voor transseksuelen was namelijk hun juridische status na de operatie. Rechterlijke instanties waren lange tijd niet bereid een wijziging van de geboorteakte goed te keuren. Het Gerechtshof in Amsterdam brak in 1972 en 1973 met dit beleid, maar de Hoge Raad besliste in januari 1975 dat de bestaande wetgeving administratieve geslachtsverandering uitsloot. Het arrest was voor de Tweede-Kamerleden Roethof en de VVD-er H.E. Koning (geb. 1933) aanleiding KVP-minister van Justitie A.A.M. van Agt (geb. 1931) te vragen de lacune in de wet op te heffen. Van Agt antwoordde wetswijziging prematuur te vinden en eerst informatie te willen hebben over de bestaande medische ideeën over transseksualiteit. De Gezondheidsraad was het aangewezen lichaam om deze inlichtingen te geven, aldus de bewindsman.¹⁹⁵

In december 1974 raadpleegde staatssecretaris Hendriks de Gezondheidsraad over de vraag welke voorwaarden moesten gelden om op medische gronden tot operatieve geslachtstransformatie te kunnen overgaan. Verder vroeg hij zich af 'in hoeverre een zodanige ingreep uit medisch-therapeutisch oogpunt bezien consequenties zou moeten hebben ten aanzien van de mogelijkheid tot wijziging van de burgerlijke staat'.¹⁹⁶ De betrokken commissie kwam onder leiding te staan van de hoogleraar in de fysiologie Jacobus Johannes van der Werff ten Bosch (geb. 1927). Zij bracht in totaal drie interimadviezen en één eindadvies uit.

In het eerste interimadvies, uit oktober 1977, plaatste de commissie kritische kanttekeningen bij de publikatie van haar voorganger uit 1965. Zo hekelde de nieuwe commissie het feit dat Wester in het vorige gezelschap geen deskundigen op het vlak van transseksualiteit had opgenomen. Daardoor kon aan het eerdere advies 'in technisch-wetenschappelijk opzicht slechts een beperkte betekenis worden toegekend; naar haar werkelijke betekenis dient haar uitspraak veeleer te worden opgevat als een standpunt omtrent een probleem van medische ethiek', aldus de commissie-Van der Werff ten Bosch.

De nieuwe commissie, die dat 'manco' in samenstelling niet vertoonde, sprak in het eerste interimadvies als voorlopig oordeel uit dat operatieve geslachtsaanpassing 'voor daarvoor in aanmerking komende mensen met gender-problemen een therapeutisch verantwoorde, redelijke kans op succes belovende ingreep is en een essentieel onderdeel van een behandelingsplan, dat de grootste kans biedt op vermindering van hun existentiële nood'. Zij baseerde deze opvatting op de ervaringen van enkele Nederlandse en buitenlandse artsen, maar vond nader onderzoek geboden. De commissie dacht aan een literatuurstudie en een vervolgonderzoek onder geopereerde transseksuelen.

In dit eerste rapport werd ook aangedrongen op een wettelijke regeling voor wijziging van het 'administratieve geslacht' in de geboorteakte. Een gezelschap van juristen zou dit voorstel handen en voeten moeten geven, aldus de commissie.¹⁹⁷

Haex stelde in maart 1978 een subcommissie van juristen in. Haar rapport werd door de commissie-Van der Werff ten Bosch in juli 1979 als tweede interimadvies gepresenteerd. Het bevatte een voorstel voor een wettelijke regeling die voorzag in 'aanvulling van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek met betrekking tot de mogelijkheid, wijziging aan te brengen in de akte van geboorte van iemand die de overtuiging heeft tot de andere kunne te behoren dan in de geboorteakte is vermeld'.¹⁹⁸ Het derde interimadvies, daterend van december 1979, gaf aan hoe het literatuuronderzoek moest worden verricht.¹⁹⁹

In haar eindadvies van 13 november 1985 ging de commissie in op de bevindingen van het literatuuronderzoek en op de uitkomsten van een onderzoek onder transseksuelen, beide uitgevoerd door het Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de Rijksuniversiteit Utrecht. Zij zag geen reden op haar voorlopige conclusie terug te komen en stelde 'dat er thans geen aanleiding is er aan te twifelen dat de geslachtsaanpassende behandeling voor het grote merendeel van de daarvoor in aanmerking komende transseksuelen een positief therapeutisch effect heeft en dat zij daarom een medisch verantwoorde therapie kan worden genoemd'.²⁰⁰

Op 1 augustus 1985 trad de wet inzake 'nadere regelen ten behoeve van transseksuelen omtrent het wijzigen van de vermelding van de kunne in de akte van geboorte' (*Stb.* 243) in werking. Deze regeling, grotendeels gebaseerd op het tweede interimadvies van de Gezondheidsraadscommissie, betekende een legalisering van operatieve geslachtstransformatie. Het wijzigen van de geboorteakte is

sindsdien mogelijk voor getransformeerde transseksuelen die ongehuwd zijn en geen kinderen meer kunnen verwekken of baren.

Homoseksuele relaties met minderjarigen

Artikel 248bis van het in 1911 gewijzigde Wetboek van Strafrecht stelde het plegen van ontucht met minderjarigen (16- tot 21-jarigen) van hetzelfde geslacht strafbaar. Het aantal veroordelingen op grond van dit besluit bedroeg in de periode 1957-1967 gemiddeld 146 per jaar.²⁰¹ Bij ontucht met een minderjarige van het andere geslacht ging de betrokken volwassene vrijuit.

In de jaren zestig ontstond binnen brede lagen van de samenleving kritiek op het discriminerende karakter van de regeling. In het najaar van 1967 pleitte een meerderheid van de Tweede Kamer voor afschaffing van genoemd artikel. Minister van Justitie C.H.F. Polak (1909-1981) hield aanvankelijk de boot af, omdat hij vreesde dat liberalisering van de wetgeving zou leiden tot een toeloop van buitenlandse homoseksuelen naar Nederland.²⁰² Onder druk van de Kamer was de VVD-bewindsman bereid tot een compromis. Hij zegde toe de Gezondheidsraad, via tussenkomst van staatssecretaris Kruisinga van Volksgezondheid, om een oordeel te zullen vragen:

‘Mocht het onderzoek van de Gezondheidsraad leiden tot de conclusies, die verscheidene afgevaardigden hier al hebben getrokken, dan moet het artikel - daarin ben ik het geheel met hen eens - verdwijnen’, aldus Polak.²⁰³

In maart 1968 richtte Kruisinga zich tot de Gezondheidsraad. Hij vroeg wat de consequenties waren van afschaffing van artikel 248bis, ‘waarbij met name ware te denken aan het gevaar van verleiding en aan de mogelijkheid dat homoseksuele ervaringen voor minderjarigen van zestien jaar en ouder aanleiding geven tot een blijvende gebondenheid aan deze vorm van seksueel verkeer, waardoor een tevens bestaande heteroseksuele aanleg niet tot ontwikkeling zou kunnen komen’. De bewindsman vond dat het advies zich tot louter medisch-wetenschappelijke aspecten moest beperken; ethische, sociologische en pedagogische beschouwingen konden buiten beschouwing blijven.

Haax installeerde een commissie die uit slechts vijf leden bestond. Tot voorzitter benoemde hij de hoogleraar in de sociale psychiatrie Nico Speijer (1905-1981). Het gezelschap trad in overleg met onder anderen twee officieren van justitie, een commissaris van de Kinder- en Zedenpolitie en een delegatie van het hoofdbestuur van de Vereniging van homofielen Centrum voor Ontspanning en Cultuur (COC) en zij peilde via een enquête de meningen van hogleraren in diverse takken van psychiatrie.

In haar advies, dat in juni 1969 het licht zag, gaf de commissie een uitgebreid overzicht van de bestaande medisch-wetenschappelijke inzichten in het verschijnsel homoseksualiteit. Zij vond unaniem dat er geen bezwaren van medisch-hygiënische en psychosociale aard tegen afschaffing van artikel 248bis bestonden. De commissie nam haar taak ruimer op dan de staatssecretaris had gesuggereerd en zij stelde ‘dat vanaf het zestiende jaar de seksuele gerichtheid reeds zo ver tot ontwikkeling is gekomen, dat een jongere die heteroseksueel is niet door verleiding kan worden omgebogen tot blijvende homoseksualiteit’. Homoseksualiteit ontstaat niet van de ene op de andere dag; een homoseksuele ervaring op jeugdige leeftijd zou niet drastisch iemands seksuele voorkeur kunnen veranderen, aldus de commissie. Zij beklemtoonde dat handhaving van het wetsartikel nadelige gevolgen kon hebben voor de psychische gesteldheid van homoseksuelen van zestien jaar en ouder.²⁰⁴

Minister Polak zette het advies van de Gezondheidsraad in oktober 1969 in een wetsontwerp om. Met alleen de stemmen van de kleine rechtse partijen tegen besloot het parlement artikel 248bis van het Wetboek van Strafrecht in te trekken.²⁰⁵

Euthanasie

In de loop der tijd is euthanasie op verschillende manieren gedefinieerd. Tegenwoordig is een beperkte begripsomschrijving in zwang. In het *Handboek gezondheidsethiek* definieert de hoogleraar ethiek Dupuis euthanasie als ‘levensbeëindiging van een zeer ernstig lijdende en/of dodelijk zieke patiënt, in diens belang

(...) en op diens verzoek'. Levensbeëindiging van, wat genoemd wordt, wilsonbekwame patiënten, zoals babies of comapatiënten, valt volgens deze formulering niet onder euthanasie.²⁰⁶

De artikelen 293 en 294 van het uit 1881 daterende Wetboek van Strafrecht (*Stb.* 35) stellen euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar. De tekst van deze artikelen, die nog steeds van kracht zijn, luidt:

'Art. 293. Hij die een ander op zijn uitdrukkelijk en ernstig verlangen van het leven berooft, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren.

Art. 294. Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien zelfmoord volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren.'

Vóór 1970 kwam euthanasie in Nederland niet algemeen ter sprake. Toen in 1952 in het eerste euthanasieproces een arts, die zijn broer op diens dringend verzoek uit zijn lijden had verlost, tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van één jaar werd veroordeeld, hield de medische professie zich afzijdig.²⁰⁷ In 1959 formuleerde de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst breed aanvaarde regels over euthanasie. Zij vond dat een arts 'nooit een ander standpunt zal mogen innemen, dan wat het behoud van het leven beoogt. (...) Evenmin zal hij gerechtigd zijn, de nodige zorgen voor het behoud van het leven achterwege te laten, omdat hij meent, dat dit slechts vermeerdering van leed zou medebrengen. Het is nu eenmaal niet de taak van de arts een oordeel te vellen over de zin van het lijden of de zin van het bestaan zelf.'²⁰⁸

In 1969 klonken geheel andere geluiden. De zenuwarts en hoogleraar in de psychologie Jan Hendrik van den Berg (geb. 1914) pleitte toen in een populair geschrift voor een nieuwe medische ethiek, in antwoord op de nieuwe 'medisch-technische macht'. Hij betoogde dat een arts alleen verplicht is het 'menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen, waar en wanneer dat zinvol is'. De medische technologie moest volgens de hoogleraar niet worden ingezet om het leven op onwaardige wijze te verlengen. Hij lichtte zijn stellingname met schokkende voorbeelden en afbeeldingen toe.²⁰⁹

De uitspraken van Van den Berg leidden tot een stortvloed van publikaties,²¹⁰ waaraan nog altijd geen eind is gekomen. Ook politici roerden zich. In de Tweede Kamer nam begin jaren zeventig de CHU-afgevaardigde en arts A.D.W. Tilanus (geb. 1910) het voortouw met een beschouwing over de zijns inziens toenemende maatschappelijke onzekerheid door de opkomst van medisch-ethische vraagstukken. Hij verzocht Kruisinga een beroep te doen op de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om die medisch-ethische kwesties in studie te nemen. De staatssecretaris erkende dat de plaats van de arts in de samenleving aan verandering onderhevig was. Hij zegde toe de Gezondheidsraad te zullen raadplegen over de nieuwste ontwikkelingen op het terrein van de medische ethiek. Zijn keuze voor de Gezondheidsraad ontlokte de woordvoerder van de Pacifistisch-Socialistische Partij (PSP) B. van der Lek (geb. 1931) de uitspraak dat Kruisinga 'langzamerhand wel een full-time job van de Gezondheidsraad mag maken'.²¹¹ De staatssecretaris richtte zich in september 1970 tot de Raad, met de vraag of het medisch-ethisch geoorloofd was 'de ter beschikking staande medisch-technische en farmacologische mogelijkheden aan te wenden, niet aan te wenden of niet meer aan te wenden ten einde menselijk, al dan niet zelfstandig, leven te doen ontstaan of niet te doen ontstaan, dit te beëindigen, dan wel de stervensfase te verlengen'.

De betrokken commissie, waarin Haex op verzoek van Kruisinga een ruime plaats toekende aan personen die het vertrouwen genoten van de Maatschappij, bestond uit artsen, juristen, ethici, sociologen en verpleegkundigen. Als voorzitter fungeerde de buitengewoon hoogleraar in het nationale en internationale gezondheidsbeleid Johannes Theodorus Maria de Vreeze (geb. 1913). De commissie richtte haar blik vooral op het euthanasievraagstuk, omdat dit terrein braak lag.²¹² In een interimrapport, uitgebracht in oktober 1972, omschreef de commissie euthanasie als het 'opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een ongeneeslijk patiënt in diens belang'. Deze definitie maakte geen uitzondering voor wilsonbekwame patiënten.²¹³ Zogenaemde passieve euthanasie ('het niet of niet meer toepassen van levensverlengende middelen of handelingen') vond de commissie aanvaardbaar als de handeling gebeurde op verzoek van de patiënt en op grond van een duidelijke medische reden. Een wettelijke regeling vond zij overbodig. Actieve euthanasie ('het toepassen van levensverkortende middelen of handelingen') moest daarentegen strafbaar blijven. Bij wetsovertreding zou een arts alleen vrijgepleit kunnen worden als hij aannemelijk kon maken dat hij naar zijn 'beste weten

en vermogen, volgens zijn kennis en kunnen en altijd primair in het belang van zijn patiënt en met inachtneming van diens geldige wil en rechten' had gehandeld. Bovendien zou 'handelen of nalaten van handelen (...) een arts niet zijn toegestaan en men zal hem dit kunnen verwijten, indien hij zonder overtuigende en doorslaggevende argumenten handelt of nalaat te handelen in afwijking van hetgeen wettelijk is voorgeschreven, of ook van hetgeen in die omstandigheden gebruikelijk is onder artsen, of van vastgestelde nationale of internationale regels of richtlijnen voor artsen', aldus de commissie.²¹⁴

Dit eerste interimrapport van de commissie baande de weg voor een brede maatschappelijke discussie, maar de regering vond het nog te vroeg voor het innemen van een standpunt. Staatssecretaris Hendriks zei in de Eerste Kamer dat hij wachtte op het eindrapport, al liet hij weten de algemene conclusies van de commissie te onderschrijven.²¹⁵

In 1973 was de euthanasiediscussie in alle hevigheid losgebarsten, na een proces tegen een vrouwelijke arts uit het Friese Noordwolde, die het leven van haar moeder op diens herhaald verzoek via toediening van morfine had beëindigd. De aangeklaagde arts ontving steunbetuigingen van de bevolking van Noordwolde, achttien Friese artsen, die toegaven euthanasie te hebben toegepast, en tien Doopsgezinde predikanten uit Friesland en Groningen. De door de rechtbank in Leeuwarden op 21 februari 1973 opgelegde straf was, gelet op de wetgeving, mild: één week voorwaardelijke gevangenisstraf. Een direct gevolg van het proces was de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, die streefde naar sociale aanvaarding en legalisering van (vrijwillige) euthanasie. Begin 1979 telde deze vereniging 12.000 leden.²¹⁶ Tal van organisaties begonnen zich te buigen over het euthanasievraagstuk;²¹⁷ daarentegen hield de politiek zich afzijdig. Minister van Justitie Van Agt verklaarde in 1975 dat de wetgever zich nog niet over dit onderwerp moest uitspreken nu de maatschappelijke discussie pas net op gang was gekomen.²¹⁸ Verder weigerde staatssecretaris Hendriks een onderzoek te doen instellen naar het aantal gevallen van actieve euthanasie, dat volgens enkele leden van de Tweede Kamer 'schrikbarend' hoog was.²¹⁹

De commissie van de Gezondheidsraad, die inmiddels onder voorzitterschap van De Lange stond, publiceerde in juli 1975 haar tweede interimadvies. Ditmaal ging het over euthanasie bij zwaar defecte pasgeborenen: 'opzettelijk levensbeëindigend of levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen bij een zwaar defecte pasgeborene in diens belang'. Actieve euthanasie moest volgens de commissie strafbaar blijven; zij formuleerde richtlijnen waaraan de arts moest voldoen om vrijuit te kunnen gaan. Passieve euthanasie bij zwaar defecte pasgeborenen vond de commissie te rechtvaardigen 'indien na de geboorte blijkt dat er overlevingskansen zijn, maar dat de grote hersenen door aanlegfouten of geboortebeschadigingen in het geheel niet kunnen functioneren' en 'indien men direct na de geboorte weet dat de dood na een kort tijdsbestek toch zal intreden, terwijl ook bij behandeling, die eventueel levensverlengend kan zijn, men voor de korte levensduur slechts ernstig en niet op te heffen lijden kan verwachten'.²²⁰

In de tweede helft van de jaren zeventig groeide de kloof tussen leer (de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht) en maatschappelijke realiteit. Verschillende rechtscolleges, tot aan de Hoge Raad toe, toetsten het levensbeëindigend handelen van artsen. Onduidelijkheid over de richting waarin de jurisprudentie zich zou ontwikkelen, riep bij de artsen een gevoel van rechtsonzekerheid op. De overheid keek aanvankelijk vanaf de zijlijn toe, maar in november 1978 ondersteunde een grote meerderheid van de Tweede Kamer een motie die op instelling van een staatscommissie aandrong. Dit college moest over het toekomstige overheidsbeleid inzake euthanasie adviseren. Staatssecretaris Veder-Smit toonde zich bereid de motie uit te voeren.²²¹

Gelet op de voorgeschiedenis was het opmerkelijk dat in het bewuste parlementaire debat met geen woord werd geopperd de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad toe te vertrouwen. Haex, gesteund door het CAB en de Beraadsgroep Gezondheidsethiek, tekende tegen het passeren van de Raad protest aan. Hij schreef de bewindslieden Ginjaar en Veder-Smit het onjuist te vinden als aan het 'geschikte vaste adviescollege geheel zou worden voorbijgegaan door instelling van een ad hoc Staatscommissie'. Hij meende dat daarmee 'onnodig afbreuk zou worden gedaan aan zowel het wezen van het te vragen advies als aan de positie van de Gezondheidsraad'.²²² Zijn actie had succes. Veder-Smit verzocht de Gezondheidsraad in oktober 1979 om, zo mogelijk binnen één jaar, nader te adviseren over euthanasie. Door de Gezondheidsraad zouden 'bouwstenen kunnen worden aangedragen, die het mogelijk maken de taakomschrijving van een in te stellen Staatscommissie concreet te formuleren'.

De commissie van de Gezondheidsraad, die in april 1980 werd geïnstalleerd, had een veelzijdige samenstelling. Voorzitter was de oud-hoogleraar in het bestuurs- en staatsrecht A.D. Belinfante. De commissie overschreed ruimschoots de gestelde adviestermin en bracht in maart 1982 advies uit. In haar uitgebreide rapport liet zij zich, de adviesaanvraag getrouw, niet over de toelaatbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding uit. Zij presenteerde een systematische inventarisatie van de problemen en moeilijkheden die zich in de praktijk rond toepassing van euthanasie en hulp bij zelfdoding voordeden. De commissie definieerde euthanasie als 'de handelingen die beogen het leven van een ander op diens verzoek of in diens belang opzettelijk te beëindigen of te verkorten, hetzij actief hetzij passief'. Onder euthanasie viel volgens haar niet: 'het staken van de behandeling in gevallen, waarin dat naar gangbare medische maatstaven geen andere zin kan hebben dan het sterven te vertragen', 'het geven van die vorm van stervenshulp, die primair gericht is op pijnbestrijding, maar als onbedoeld, hoewel aanvaard, neveneffect levensverkorting tot gevolg kan hebben', 'het geven van die vorm van stervenshulp, die beoogt patiënten in hun laatste levensfase bij te staan zonder gericht te zijn op levensverkorting of levensbeëindiging' en 'het achterwege laten van een behandeling indien de patiënt daartoe de wens te kennen heeft gegeven en in deze wens volhardt'.

Verder ging de commissie in op de vraag of het de plicht van de overheid was strafrechtelijke of andere maatregelen te nemen tegen euthanasie en of de artikelen 293 en 294 uit het Wetboek van Strafrecht moesten worden gewijzigd. De commissie beperkte zich tot een uitvoerige opsomming van argumenten; een standpuntbepaling liet zij aan de staatscommissie over.²²³

Minister Gardeniers-Berendsen installeerde de Staatscommissie Euthanasie op 18 oktober 1982. Dit gezelschap kreeg tot taak het toekomstige overheidsbeleid inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding aan te geven. De commissie, onder leiding van de raadsheer in de Hoge Raad Hendrikus Johannes Maria Jeukens (geb. 1922), bracht in juli 1985 haar advies uit.²²⁴ Zij koos, in tegenstelling tot de commissies van de Gezondheidsraad, voor de beperkte definitie van euthanasie. Zij vond het noodzakelijk dat de wetgever zich zou uitspreken over euthanasie. Overheidsingrijpen was gewenst gezien de onduidelijkheid over de reikwijdte van artikel 293 van het Wetboek van Strafrecht, aldus het college. Dertien van de vijftien leden concludeerden dat artikel 293 zo moest worden gewijzigd, dat euthanasie niet strafbaar was als de handeling werd uitgevoerd door een arts 'in het kader van zorgvuldig medisch handelen ten aanzien van een patiënt die in een uitzichtloze noodsituatie verkeert'. Vier leden voegden hieraan toe: 'en wiens overlijden onafwendbaar aanstaande is'. De commissie formuleerde zorgvuldigheidseisen die door de arts moesten worden gehonoreerd. Op één punt week de staatscommissie af van haar standpunt dat doden zonder uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene altijd strafbaar was. Het betrof levensbeëindiging 'door een geneeskundige in het kader van zorgvuldig medisch handelen ten aanzien van een patiënt die naar heersend medisch inzicht onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren, zulks nadat de behandeling als zijnde zinloos is gestaakt'.²²⁵

Twee leden van de staatscommissie konden de conclusies niet onderschrijven. Zij wezen rechtvaardiging van actieve levensbeëindiging met kracht van de hand en stelden dat 'mensen vóór de drempel naar (hulp bij) actieve directe levensbeëindiging halt moeten houden, omdat overschrijden ervan in betekenis ver uitgaat boven het oplossen van schrijnende problemen rondom het levenseinde'.²²⁶

Tussen het debat in de Tweede Kamer waarin werd aangedrongen op de instelling van een staatscommissie, en de verschijning van het rapport lag een periode van bijna zeven jaar. Voor het Tweede-Kamerlid van D'66 E.K. Wessel-Tuinstra (geb. 1931) was het onverteerbaar dat de regering niets deed aan de bestaande rechtsonzekerheid, de discrepantie tussen de wet en de gegroeide medische praktijk, en bovenal de 'maatschappelijke nood'. Zij nam het heft in handen en diende in april 1984 een voorstel in tot wijziging van de artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht. Kern van haar voorstel was dat euthanasie in het kader van een zorgvuldige hulpverlening aan iemand die stervende is of bij wie sprake is van ondraaglijk lijden niet strafbaar hoort te zijn.²²⁷ Dit wetsvoorstel leek, in enigszins aangepaste vorm, in het voorjaar van 1986 op een politieke meerderheid te kunnen rekenen. Door het stellen van de vertrouwenskwestie wist premier R.F.M. Lubbers (geb. 1939) aanvaarding ervan te voorkomen.²²⁸ Het euthanasievraagstuk bleef in de jaren nadien een politiek heet hangijzer.²²⁹

Mocht de indruk zijn ontstaan dat de regering voor beoordeling van medisch-ethische kwesties bijna automatisch een beroep deed op de Gezondheidsraad, de geschiedenis van het abortusvraagstuk leert dat dit niet geheel juist is.

Abortus provocatus was volgens het Wetboek van Strafrecht verboden, maar artsen die om medische redenen een zwangerschap onderbraken, werden in het algemeen niet vervolgd.²³⁰ Eind jaren zestig drongen maatschappelijke en politieke organisaties aan op legalisering van abortus. Ook sociale omstandigheden konden met recht reden zijn voor vruchtafdrijving, zo stelde men. Staatssecretaris Kruisinga vroeg eind 1967 de mening van het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Hij was van plan daarna de Gezondheidsraad te verzoeken een commissie van juristen en artsen in te stellen om het vraagstuk nader te bestuderen. Veder-Smit, toen lid van de Tweede Kamer, en haar collega van de PvdA J.H. Lamberts (1911-1990) vonden een andere procedure gewenst. Inschakeling van de Gezondheidsraad had volgens hen als nadelen dat het nog wel even kon duren en dat de staatssecretaris niet zelf kon bepalen wie er in de commissie benoemd werden. Zij stelden meer vertrouwen in de vorming van een staatscommissie. Kruisinga, overigens ontkennend dat de Gezondheidsraad traag opereerde, zegde toe het voorstel met minister Polak van Justitie te zullen bespreken.²³¹ De staatscommissie kwam er, en wel op 21 januari 1970. Zij kreeg de opdracht de medische en sociale betekenis van abortus te onderzoeken, mede aan de hand van ervaringen in het buitenland. De commissie kreeg verder de vraag voorgelegd of het Wetboek van Strafrecht moest worden gewijzigd.²³²

In de jaren zeventig volgden diverse ontwerpen voor een abortuswetgeving elkaar op. Uiteindelijk haalde het voorstel van minister Ginjaar van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en CDA-minister J. de Ruiters (geb. 1930) van Justitie begin jaren tachtig de eindstreep. De strekking van hun wet was dat vrouwen die hooguit 24 weken zwanger waren en in een noodsituatie verkeerden onder bepaalde voorwaarden in aanmerking kwamen voor het ondergaan van abortus.²³³ Een op deze wet berustend Voorontwerp-Besluit Afbreking Zwangerschap, waarin onder meer voorschriften voor abortusklinieken waren opgenomen, werd in 1981 voor advies naar de Gezondheidsraad gezonden. De bewuste commissie besteedde in haar advies vooral aandacht aan extra eisen te stellen aan klinieken waar zwangerschappen van meer dan dertien weken werden afgebroken.²³⁴ De Wet afbreking zwangerschap van 1981 (*Stb.* 257) trad op 1 november 1984 in werking.

Wetenschappelijk onderzoek met weefsel van foetussen

Het aantal zwangerschapsonderbrekingen nam toe, met als gevolg dat meer dan voorheen zwangerschapsprodukten (foetaal- en zwangerschapswaarsel) voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar kwamen. Dit riep medisch-ethische en juridische vragen op,²³⁵ waarover staatssecretaris Hendriks in oktober 1977 het oordeel van de Gezondheidsraad vroeg.²³⁶

Het 'advies inzake beschikbaarstelling en gebruik van foetussen, foetaal waarsel of andere stoffelijke resten na abortus, voor wetenschappelijke doeleinden' liet, vanwege de complexe en omstreden problematiek, geruime tijd op zich wachten en werd uiteindelijk in september 1984 uitgebracht. Tot die tijd ontbraken duidelijke regels. Dat leidde in januari 1980 tot problemen toen bekend werd dat in de Bloemenhove-kliniek in Heemstede onderzoek was verricht bij twaalf geaborteerde foetussen. Het voorval werd breed uitgemeten in de landelijke pers. Staatssecretaris Veder-Smit antwoordde op vragen uit de Tweede Kamer dat zij niet kon beoordelen of de betrokken arts onzorgvuldig medisch handelen te verwijten viel. Omdat normen voor dergelijk onderzoek ontbraken, was een arts die wetenschappelijk onderzoek deed bij menselijke foetussen in haar ogen niet strafbaar. Zij erkende reikhalzend uit te zien naar het advies van de commissie van de Gezondheidsraad.²³⁷

Het advies van de commissie van de Gezondheidsraad, onder leiding van de theoloog en hoogleraar ethiek Harminus Martinus Kuitert (geb. 1924), gaf een overzicht van de stand van wetenschap voor het gebruik van foetaal waarsel. Medisch-wetenschappelijk onderzoek met, en therapeutisch gebruik van, zwangerschapsprodukten afkomstig van een maximaal 24 weken zwangere vrouw vond zij onder voorwaarden geoorloofd. De belangrijkste door haar voorgestelde richtlijnen hielden in: de foetus moet

dood zijn (geen hersenstamreflexen meer vertonen); de arts die bij de beslissing tot abortus is betrokken mag niet dezelfde zijn als de onderzoeker of gebruiker van het materiaal; de foetus moet met respect en waardigheid worden behandeld; alleen een instelling met een ethische commissie mag foetaal weefsel ter beschikking krijgen; toestemming van de moeder is noodzakelijk; en voor het afstaan van het weefsel mag niet betaald worden.

Omdat de commissie geen misstanden met betrekking tot het gebruik van zwangerschapsprodukten waren gebleken, achtte zij een wettelijke regeling onnodig. Zo'n regeling zou bovendien voorbarig zijn, omdat een en ander nog volop in ontwikkeling was. Het beoogde doel kon ook worden bereikt 'als aan de richtlijnen voldoende bekendheid wordt gegeven en aan de ethiekcommissies die in de desbetreffende klinieken en onderzoekscentra fungeren of ingesteld gaan worden, wordt aanbevolen er op toe te zien dat daaraan de hand wordt gehouden'. Het leek de commissie gewenst dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid de vinger aan de pols zou houden.²³⁸

De bewindslieden hebben tot nu toe niet expliciet op de aanbevelingen van de commissie-Kuitert gereageerd, maar wel laten doorschemeren zich in de voorgestelde lijn te kunnen vinden. In de praktijk hanteren instellingen en onderzoekers de gedachten van de commissie als leidraad.²³⁹

Transplantatie

Nadat vlak voor de Tweede Wereldoorlog in Nederland de eerste hoornvliestransplantatie was uitgevoerd, volgde in 1966 de eerste transplantatie van een nier. Sindsdien maakt de transplantatiegeneeskunde een sterke ontwikkeling door. Inmiddels vinden in Nederland beenmerg- (sinds 1968), lever- (1979), hart- (1984), alvleesklier- (1984), en longtransplantaties (1989) plaats. De Gezondheidsraad was het aangewezen orgaan om over de transplantatiegeneeskunde advies uit te brengen.²⁴⁰ Ook over de ethische en juridische implicaties van orgaantransplantatie²⁴¹ liet de Raad zijn licht schijnen. Daarover handelt deze paragraaf.

In oktober 1967 vroeg staatssecretaris Kruisinga de Gezondheidsraad de wetenschappelijke ontwikkelingen op het terrein van hemodialyse en niertransplantatie, en van orgaantransplantatie in het algemeen, in kaart te brengen. Negen maanden later bracht een commissie, onder leiding van de hoogleraar in de inwendige geneeskunde Jacob de Graeff (geb. 1921), een interimrapport uit (zie paragraaf 8.3.3). Omdat zij geen ethici en juristen onder haar leden telde, achtte zij zich niet in staat de medisch-ethische en juridische problematiek van orgaantransplantatie uitvoerig te analyseren. Zij pleitte voor instelling van een permanente commissie binnen de Raad om de ontwikkelingen rond orgaantransplantatie nauwgezet te kunnen volgen.

Het interimrapport ging niet geheel voorbij aan ethische en juridische implicaties van orgaantransplantatie. Zij wilde het afstaan van organen ten behoeve van transplantatie bevorderd zien door een verandering van procedure. Toentertijd gold het 'toestemmingssysteem', neergelegd in de Wet op de Lijkbezorging. Dat hield in dat het uitnemen van organen bij een overledene alleen gepermitteerd was als de betrokkene tijdens zijn leven een daartoe strekkende verklaring (donorcodicil) had ondertekend. De commissie beval aan dit te vervangen door het zogenoemde 'geen-bezwaar systeem', waarmee zij bedoelde dat het verwijderen van organen was geoorloofd als de overledene daar bij zijn leven geen bezwaar tegen had aangetekend.²⁴² De commissie vond dat men van dit principe moest afwijken als de nabestaanden zich tegen donatie verzetten. Het 'geen-bezwaar systeem' moest volgens haar worden vastgelegd in een transplantatiewet. Daarin moest verder worden geregeld dat het moment van overlijden van de donor door drie, niet aan het transplantatieteam verbonden, artsen werd vastgesteld. De commissie vond het niet raadzaam algemene doodscriteria op te stellen, want artsen waren deskundig genoeg zelf het moment van overlijden te bepalen. Tot slot adviseerde de commissie transplantatie van nieren van levende, niet-bloedverwante donoren te verbieden.²⁴³

Staatssecretaris Kruisinga onderschreef het standpunt van de commissie dat de medisch-ethische en juridische aspecten van orgaantransplantatie nadere studie verdienden. Hij drong bij Haex in augustus 1968 aan op instelling van een permanente commissie, die zich in zijn ogen ook over het vraagstuk van de doodscriteria moest buigen. Deze commissie, met als voorzitter de hoogleraar inwendige geneeskunde Albert Struyvenberg (geb. 1926), bracht in juni 1973 haar eerste advies uit. Dat bevatte voorstellen voor richtlijnen voor de vaststelling van de zogeheten hersendood.²⁴⁴

In mei 1975 volgde het tweede advies. De commissie luidde de noodklok, omdat er een groot tekort aan donornieren bestond (in 1974 kon slechts aan vijftig procent van de vraag worden voldaan). Het 'toestemmingssysteem' stond volgens haar verbetering van de toestand in de weg:

'Het toestemmingsvereiste werkt in dit opzicht langs verschillende wegen averechts, en beperkt het aantal beschikbare nieren méér dan het respect voor de gevoelens van overledenen en hun nabestaanden vereist. Het feit dat iemand geen toestemmingsverklaring heeft afgegeven wil niet zeggen, dat hij bezwaar tegen de ingreep had. Toch dwingt dit stelsel het ontbreken van toestemming als het ware gelijk te stellen met het maken van bezwaar, zelfs als langs andere weg - bijv. uit mededelingen van goede vrienden van de overledene - zou vaststaan, dat deze tegen de ingreep geen bezwaar had of deze zelfs zou hebben toegejuicht.'

Ook deze commissie pleitte voor een transplantatiewet, met daarin verankerd het 'geen-bezwaar systeem'. Met dat systeem 'legt men de weg open naar een evolutie van de algemene moraal in die zin dat men het als normaal gaat beschouwen dat zijn organen na de dood worden gebruikt ten bate van lijdende medemensen, omdat men zich zedelijk verplicht acht aldus het leven van anderen te redden. De wet die een toestemmingssysteem bevat belemmert zulk een evolutie', zo schreef de commissie. Zij vond dat niet tot uitneming van organen moest worden overgegaan als de nabestaanden zich daartegen verzetten, en verder als de overledene niet was geïdentificeerd of als hij tot een bepaalde godsdienstige of etnische groeperingen behoorde. De commissie vond gebruik van nieren van levende, bloedverwante donoren in noodgevallen te rechtvaardigen en stelde tot slot dat men minderjarigen en geestelijk gestoorden niet als donor mocht accepteren.²⁴⁵

In 1987 onderstreepte een andere commissie van de Gezondheidsraad opnieuw de noodzaak van invoering van een transplantatiewet. Zij adviseerde de regering alle Nederlanders een donorcodicil te doen toesturen. Bleef dat codicil oningevuld, dan kon men aannemen dat de betrokkene geen bezwaar had tegen donatie. De commissie vond consultatie van partner en familie geboden, al mochten die geen beslissende stem hebben.²⁴⁶ Uiteindelijk dienden de bewindslieden E.M.H. Hirsch Ballin (geb. 1950) van Justitie en H.J. Simons (geb. 1947) van Volksgezondheid, respectievelijk van het CDA en de PvdA, in het najaar van 1991 een wetsontwerp bij de Tweede Kamer in, waarin zij kozen voor het creëren van een centraal meldingspunt waaraan iedere Nederlander, door inzending van een registratiekaart, kan laten weten wel of niet als donor te willen fungeren. De bewindslieden hielden echter vast aan de noodzaak van toestemming te geven door de donor of diens nabestaanden. Daarmee verwierpen zij de 'geen-bezwaar' benadering.²⁴⁷

8.3.5 Planning van voorzieningen

Het aantal medische voorzieningen en daarmee de kosten van de gezondheidszorg namen snel toe. De regering stelde daarom op 18 mei 1971 de Wet ziekenhuisvoorzieningen vast, met daarin de bepaling (artikel 18) dat de uitvoering van specialistische medische verrichtingen en de aanschaf van kostbare apparatuur (samen aangeduid als: 'topklinische voorzieningen' of 'topklinische functies') aan een vergunningsplicht gebonden konden worden. Dit artikel, dat aanvankelijk alleen betrekking had op niet-academische ziekenhuizen, werd op 1 april 1976 van kracht en stelde de regering in staat bedoelde voorzieningen te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen, met als belangrijkste oogmerk de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te waarborgen. De regering paste het artikel voor het eerst toe op hemodialyse en niertransplantatie.

De Gezondheidsraad kreeg tot taak te adviseren of topklinische functies al dan niet onder de werking van artikel 18 moesten worden gebracht, en zo ja, onder welke voorwaarden (zoals eisen te stellen aan centra en het minimum aantal verrichtingen per centrum). De Raad publiceerde in dit kader adviezen over onder meer hemodialyse, radiotherapie, neurochirurgie, nucleaire geneeskunde, chronische beademing, hartchirurgie en 'dotteren', intensieve zorg voor pasgeborenen, klinische genetika en diverse vormen van transplantatie.²⁴⁸

De procedure met betrekking tot artikel 18 omvat verschillende stappen. Eerst een adviesronde, waarin behalve de Gezondheidsraad ook het College voor Ziekenhuisvoorzieningen een prominente rol speelt. Vervolgens stelt de regering een planningsbesluit vast, dat bepaalt hoeveel centra de betrokken functie mogen uitoefenen en dat ook eisen stelt waaraan de centra moeten voldoen. Daarna kunnen

ziekenhuizen die menen voor de functie in aanmerking te komen, een vergunningsaanvraag indienen, waarover het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur beslist.

De manier waarop met name stappen twee en drie van de procedure vorm kregen, was aanvankelijk nogal omslachtig en ingewikkeld. Daarin is in oktober 1990 via wetswijziging verbetering gekomen. Die wijziging heeft er bovendien in geresulteerd dat nu ook academische ziekenhuizen 'onderhorig' zijn aan artikel 18.²⁴⁹

Artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen heeft weliswaar niet perfect gefunctioneerd, maar vergelijking met het buitenland leert dat in Nederland zonder noodzaak meer hartchirurgische klinieken, transplantatiecentra, afdelingen voor intensieve zorg voor pasgeboren babies etc. zouden zijn ontstaan als er niet zoiets had bestaan als dit wetsinstrument.²⁵⁰

Een voorbeeld van advisering door de Gezondheidsraad over 'topklinische zorg' betreft de hartchirurgie. Tussen 1972 en 1976 wijdde een commissie van de Raad acht adviezen aan de behoefte aan open hartoperaties²⁵¹ in Nederland. Zij pleitte voor uitbreiding van de capaciteit van de betrokken centra, zodat de wachttijden voor chirurgie konden worden bekort en de sinds 1975 bestaande 'luchtbruggen' naar het buitenland worden beëindigd.

In het eerste rapport, uit september 1972, beschreef de commissie gedetailleerd hoe de expansie gestalte kon krijgen; zij zag de oplossing niet zozeer in uitbreiding van het aantal centra alswel in verbetering van de toerusting van de bestaande klinieken.²⁵² Minister Stuyt toonde zich tevreden met het advies. Hij zegde toe de aanbevelingen te zullen opvolgen. Het advies sloot in zijn ogen uitstekend aan bij het beleid van de regering: bij kostbare voorzieningen liever investeren in verruiming van de capaciteit van bestaande dan in oprichting van nieuwe centra.²⁵³ Het optuigen van de bestaande centra bleek op den duur echter onvoldoende om de wachttijsten in te korten. De groeiende vraag naar hartoperaties rechtvaardigden de oprichting van nieuwe hartchirurgische centra.

De bewindslieden bleven wat de hartchirurgie betreft het spoor van de Gezondheidsraad volgen. De Raad stootte wel een deel van zijn taak af. Haex had op verzoek van staatssecretaris Hendriks in 1975 een permanente Begeleidingscommissie Hartchirurgie ingesteld, die een behoefteraming voor het aantal hartchirurgische ingrepen voor het jaar 1980 opstelde,²⁵⁴ maar ook adviseerde over de voorwaarden waaraan een nieuwe kandidaat voor een vergunning, het Catharinaziekenhuis in Eindhoven, moest voldoen om een hartchirurgische afdeling te kunnen openen.²⁵⁵ Dat laatste was geen puur wetenschappelijk vraagstuk. Er kwam een nieuwe Begeleidingscommissie, ditmaal buiten de Raad, waaraan staatssecretaris Veder-Smit in 1978 de beleidsmatige zaken toevertrouwde.²⁵⁶ De Gezondheidsraad kon zich zodoende weer volledig toeleggen op de wetenschappelijke ontwikkelingen in de hartchirurgie. Hij bracht in 1984 een advies uit over het lange-termijn perspectief van de hartchirurgie, inclusief een raming van behoefte voor 1990.²⁵⁷

De hartchirurgie en in het kielzog daarvan de invasieve cardiologie - met name het 'dotteren' - zijn dank zij de adviezen van de Gezondheidsraad op beheerste wijze in Nederland ingevoerd, in die zin dat het aantal centra beperkt is gebleven tot dertien. Het aantal open hartoperaties steeg gestaag, van 1555 in 1974 tot 8439 in 1983. De wachttijden namen, evenals het aantal luchtbrugvluchten, vanaf het eind van de jaren zeventig sterk af.²⁵⁸

Een onderwerp dat nauw aansluit bij het voorgaande is het thema 'grenzen van de gezondheidszorg'. Door de toenemende vraag naar medische hulp, onder meer veroorzaakt door de vergrijzing van de bevolking en de introductie en toepassing van nieuwe technologieën werd de overheid, gelet op de beperkte financiële middelen, voor de vraag gesteld of zij tot rantsoenering of uitsluiting van bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen moest overgaan. Zij ging op zoek naar een 'meetlat' waaraan de grenzen van de gezondheidszorg konden worden afgelezen. Dit resulteerde in 1984 in consultatie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad.²⁵⁹ De rapporten van de drie advieslichamen vormden de basis voor de door de bewindslieden Brinkman en Dees in juni 1988 gepresenteerde regeringsnota Grenzen van de Zorg, die als uitgangspunt dient voor de nog niet afgesloten zoektocht naar oplossingen voor de problematiek van de moeilijk te beheersen groei van de gezondheidszorg.²⁶⁰

8.2.6 Risico's van menselijke activiteiten

Ook na de 'periode-Wester' verscheen het onderwerp 'risico's van menselijke activiteiten' veelvuldig op de agenda van de Gezondheidsraad. Dit thema was goed voor 195 adviezen tussen 1966 en 1985.²⁶¹ Dat kwam neer op bijna vijftig procent van het totale aantal publikaties. Vooral 'stralingshygiëne' en 'toxicologie' trokken de aandacht.

Straling

Stralingshygiëne bleef onverflauwd in de belangstelling van de Gezondheidsraad staan. Onder Wester was de Raad nauw betrokken bij verlening van vergunningen voor gebruik van ioniserende straling of radioactief materiaal, in feite een beleidsuitvoerende taak. Huizenga wilde dit werk na het vertrek van Wester gecontinueerd zien, maar Haex was daarvan niet gecharmeerd. De afdeling Stralingshygiëne, die min of meer een eigen leven was gaan leiden binnen de Gezondheidsraad, werd op zijn aandrang in oktober 1969 overgeplaatst naar het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid, al bleef zij voorlopig onder hoede staan van Haex.²⁶²

Haex had grote moeite met deze verantwoordelijkheid 'op afstand' en hij hief daarom op 1 juli 1972 de afdeling Stralingshygiëne op. Een jaar later ging, onder zijn voorzitterschap, binnen de Raad de Filosofiecommissie Stralingshygiëne van start. Haex schrapte de beleidsuitvoerende taak, die hij in strijd vond met de Gezondheidswet.²⁶³

Wat restte was een bonte verscheidenheid aan onderwerpen, onder te verdelen in vier categorieën. In de eerste plaats waren ruim zestig adviezen gewijd aan het thema 'voedseldoorstraling'. Voedseldoorstraling is een proces waarbij produkten met hoogenergetische gamma-, elektronen-, of röntgenstralen worden behandeld. De straling maakt ziektekiemen en andere micro-organismen in het produkt onschadelijk, waardoor de kwaliteit van het produkt behouden blijft. Na 1960 werd het technisch mogelijk grote hoeveelheden voedsel te doorstralen. Voedseldoorstraling werd daarmee een alternatief voor toevoeging van bijvoorbeeld conserveermiddelen of voor blootstelling van voedsel aan chemische of andere fysische processen.²⁶⁴ De regering verleende de Stichting Proefbedrijf Voedselbestraling in Wageningen in september 1967 toestemming voor het doorstralen van levensmiddelen. Aan de vergunning waren voorwaarden verbonden, waaronder de bepaling dat een commissie van de Gezondheidsraad per soort produkt een aanvraag van het bedrijf moest goedkeuren. Omdat deze richtlijn op gespannen voet stond met de taakstelling van de Raad als geformuleerd in de Gezondheidswet, werd medio 1968 bepaald dat de bewindspersoon voor volksgezondheid over de aanvragen zou beslissen, maar wel na consultatie van de Gezondheidsraad.²⁶⁵ Aardappelen, uien, aardbeien, champignons, specerijen, garnalen, diepvriesmaaltijden, melkkartons en kikkerbills maakten deel uit van de stoet produkten waarvoor voedseldoorstraling werd aangevraagd. Centraal in de beraadslagingen stond het mogelijke risico voor de gezondheid van het gebruik van doorstraalde voedingsmiddelen. De bewindslieden namen de aanbevelingen zonder uitzondering over. In 1981 en in 1983 adviseerde de commissie in algemene zin over de voedseldoorstraling. Zij sloot zich aan bij wat enkele internationale organisaties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, hadden uitgesproken: doorstralen van voedsel levert geen gevaar op voor de volksgezondheid. Alleen bij een stralingsdosis van meer dan tien kGy²⁶⁶ bleef waakzaamheid geboden, aldus de commissie.²⁶⁷

Een tweede categorie van rapporten op het vlak van de stralingshygiëne betrof algemene adviezen over te stellen normen. Daarin passeerden uitkomsten van (buitenlands) onderzoek en risicoschattingen de revue. De betrokken commissies vertaalden deze gegevens in aanbevelingen voor het in Nederland te voeren beleid.

In de derde plaats bracht de Gezondheidsraad adviezen over specifieke, meestal medische toepassingen van ioniserende straling uit. Commissies van de Raad toetsten de veiligheid van gebruik van ioniserende straling aan de algemene normen en deden voorstellen voor veiligheidsmaatregelen. Daarnaast verschenen er adviezen over gebruiksvoorwerpen waarin radioactief materiaal was verwerkt.

Kernenergie vormde een aparte categorie. Commissies van de Gezondheidsraad behandelden de gevaren die kernenergiecentrales onder normale omstandigheden konden opleveren voor volksgezondheid en milieu en zij formuleerden aanbevelingen voor minimalisering van de risico's. Verder besteedden zij aandacht aan de kans op, en de gevolgen van, ongevallen in nucleaire installaties.

Verder boog de Gezondheidsraad zich in deze jaren ook over de verspreiding van radioactief materiaal in het milieu, de behandeling van slachtoffers van stralingsongevallen, normen voor toediening van radioactieve stoffen aan vrijwilligers, en het al dan niet invoeren van een zogenaamd stralenpaspoort.²⁶⁸

Toxicologie

De Gezondheidsraad begon steeds meer te publiceren over de toxicologische beoordeling van stoffen; het aantal adviezen onder deze noemer bedroeg in de jaren 1966-1985 bijna vijftien procent van het totaal. Een reeks van commissies identificeerde de gevaren voor mens en milieu, schatte de omvang van deze gevaren (risico-analyses) en stelde advieswaarden op.²⁶⁹

De onder Wester gestarte beoordeling van de toelaatbaarheid van verschillende bestrijdingsmiddelen vond voortgang. De betrokken commissie nam stoffen als aldrin, dieldrin, DDT, maleine hydrazide, heptachloor en lindaan onder de loop. Verder gaven commissies voor tal van luchtverontreinigende stoffen, zoals koolmonoxide, roet, zwevend stof, zwavelzuur, zwavel- en stikstofdioxide, anorganische fluoriden, lood, gasvormige koolwaterstoffen, aldehyden en polycyclische aromatische koolwaterstoffen, aan wat, uit gezondheidkundig oogpunt, de maximaal toelaatbare blootstellingsniveaus mochten zijn.²⁷⁰ Zij gingen in op methoden en apparatuur voor meting van luchtverontreiniging. Als uitvloeisel werd bij het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid een landelijk 'meetnet' voor luchtverontreiniging ondergebracht.

Vanaf 1985 sprak de Gezondheidsraad zich, in de rol van wetenschappelijke referent, ook uit over door het Rijks Instituut opgestelde 'criteria'- en 'basisdocumenten': nota's waarin de risico's van een bepaalde stof voor mens en milieu stonden opgesomd.²⁷¹ Klinkende namen in deze reeks waren onder andere: tri- en tetrachlooretheen, fenol, benzeen, cadmium, ozon, toluene, asbest, koper en nitraat.

De Raad bracht ook algemene adviezen over toxicologie uit. In de loop der jaren groeide de behoefte van de regering aan een systematische weergave van mogelijke uitgangspunten voor advisering over milieuhygiënische normen op diverse deelterreinen. De rapporten die hierover door commissies van de Raad werden opgesteld boden tegelijkertijd het raamwerk voor adviezen over concrete milieuproblemen.

Tot 1980 stond voor de Gezondheidsraad de mens centraal bij de toxicologische beoordeling van stoffen. Met andere woorden, de kernvraag was: wat is het effect van een stof op de mens? Langzamerhand brak het besef door dat het milieu meer is dan de mens; de Raad begon in de loop van de jaren tachtig ook het effect van stoffen op ecosystemen in zijn beschouwingen te betrekken.

In de hier behandelde periode kwam een belangrijke serie miliewetten tot stand, zoals de Wet verontreiniging oppervlaktewateren (1969, *Stb.* 536), de Wet inzake de luchtverontreiniging (1970, *Stb.* 580), de Wet Chemische afvalstoffen (1976, *Stb.* 214) en de Wet algemene bepalingen milieuhygiëne (1979, *Stb.* 442). De in deze wetten vastgelegde normen waren onder meer gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad.

9 EVALUATIE

9.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt episodegewijs het descriptieve gedeelte van deze studie samengevat en becommentarieerd. Leidraad daarbij vormen de in de inleiding geformuleerde vragen. De nummering van de paragrafen correspondeert met de nummering van de voorgaande hoofdstukken.

9.2 VOORGESCHIEDENIS

De bescherming en bevordering van de volksgezondheid maakten tot de twintigste eeuw deel uit van het werkterrein van de lokale overheden, maar de plaatselijke bestuurders bleven op dit vlak ernstig in gebreke. De adviezen van de provinciale en plaatselijke geneeskundige commissies (1804-1865) en van het Geneeskundig Staatstoezicht (1865-1902) konden hierin geen verandering brengen. Ook het centrale gezag, dat een politiek van staatsonthouding volgde, trad niet tegen de wantoestanden op het gebied van de volksgezondheid op.

Thorbecke typeerde kernachtig de in de vorige eeuw heersende politieke filosofie, toen hij aangaf waarom hij het Geneeskundig Staatstoezicht geen eigen bevoegdheden wilde geven. Hij vreesde voor een staat in de staat en vond verder dat de inspecteurs hun gezag maar moesten ontleen aan overtuigingskracht. Een door hem niet genoemde derde mogelijkheid - een sterk Staatstoezicht direct geplaatst onder de minister, dus niet als zelfstandig opererend orgaan - paste niet in Thorbecke's doctrine van staatsonthouding.

De beweging van de radicaal-hygiënisten ijverde met succes voor een andere benadering. Deze groep, die ook uit niet-medici bestond, vond de links-liberalen, die aan het eind van de negentiende eeuw de Nederlandse politiek domineerden, aan haar zijde bij het bepleiten van een actieve rol voor de staat in het te voeren volksgezondheidsbeleid. Het elan van de radicaal-hygiënisten kreeg zijn vertaling in de Gezondheidswet, die in 1901, onder de links-liberale minister Goeman Borgesius, het Staatsblad bereikte. De wet voorzag in een piramidevormig opgezet Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Bovenaan plaatste de wetgever de Centrale Gezondheidsraad, die leiding moest geven aan het Staatstoezicht en als adviescollege van de regering moest optreden. Onder de Raad werd de inspectie gesteld, bestaande uit algemene hoofdinspecteurs en gespecialiseerde inspecteurs, en verder gezondheidscommissies. De inspectie en de gezondheidscommissies kregen tot taak toe te zien op de naleving van wetten en verordeningen op het terrein van de volksgezondheid, onderzoek te verrichten en adviezen te geven. Belangrijk in het wetsontwerp was dat behalve artsen ook andere deskundigen, zoals architecten, ingenieurs, apothekers en chemici, voor het Staatstoezicht mochten gaan werken. Daarmee kwam een eind aan het *geneeskundig* Staatstoezicht.

Waarom, zo kan men zich afvragen, opteerde de regering voor instelling van de Centrale Gezondheidsraad en niet voor een andere aanpak om het volksgezondheidsbeleid gestalte te geven? De archiefstukken bieden geen rechtstreeks antwoord. Kennelijk was instelling van de Raad voor regering en parlement een uitgemaakte zaak. Alternatieven werden niet overwogen, behalve in een eerder stadium door minister Heemskerk en de inspecteurs, die een centraal college rond de bewindsman van Binnenlandse Zaken wilden formeren. Dat idee maakte geruisloos plaats voor het besluit de Centrale Gezondheidsraad buiten het directe ministeriële gezag te plaatsen.

Als alternatief voor het in leven roepen van de Raad had men deze sector van beleid binnen het departement kunnen versterken of nieuw te creëren organen onder rechtstreeks gezag van de minister kunnen plaatsen, in lijn met de gedachte dat de staat de leidsels meer in handen moest nemen. Waarom gebeurde dat toen nog niet? Vermoedelijk speelden daarbij overwegingen van zowel praktische als meer principiële aard een rol.

Wat de praktische kant van de zaak betreft, de regering beschikte in die tijd slechts over enkele in de volksgezondheid gespecialiseerde ambtenaren op het desbetreffende departement (Binnenlandse

Zaken), en het uitbouwen van de deskundigheid in eigen huis kostte tijd en moeite. Het lag meer voor de hand gebruik te maken van de deskundigheid van de radicaal-hygiënist, van wie de vingers jeukten om het nieuwe beleid vorm te geven.

Een meer principiële overweging was dat de gezagsdragers, ook de links-liberalen, de rol van de staat niet zodanig wilden profileren, dat er een scheiding zou ontstaan tussen de sferen van overheid en maatschappij. De overtuigingskracht waar Thorbecke over sprak, bleef een belangrijk politiek beginsel, ondanks de acceptatie van een meer geprononceerde rol voor de staat in het volksgezondheidsbeleid.

De menging van beide sferen blijkt treffend uit de levensgeschiedenis van enkele sleutelfiguren. Een aantal radicaal-hygiënist, onder wie Ruysch, was politiek actief, terwijl politici tal van maatschappelijke functies bekleedden. Toonbeeld van dit laatste was Borgesius: politicus, bestuurder, zakenman en betrokkene bij de hygiënistische beweging.

De Raad werd vanaf het begin gezien als een college van *deskundigen*, en niet van *vertegenwoordigers* van professionele en maatschappelijke groeperingen. Schaarse uitlatingen doen vermoeden dat regering en parlement bij 'deskundige' dachten aan 'wetenschappelijk deskundige'. Zij zagen de Centrale Gezondheidsraad impliciet als wetenschappelijk college. Het geloof dat de wetenschap, op basis van het natuurwetenschappelijk denken in de geneeskunde, kon bijdragen aan maatschappelijke vooruitgang begon aan het eind van de negentiende eeuw aan kracht te winnen,¹ wat zich weerspiegelde in de taakstelling van de Raad. Het college moest niet alleen het beleid voorbereiden, maar deels ook vorm geven en uitvoeren. De wetgever stelde in de deskundigen niet een grenzeloos, maar wel een de grens van de wetenschap overschrijdend vertrouwen. Niet grenzeloos, omdat er ook bedenkingen klonken. Die werden het meest krachtig verwoord door Kuyper, die de staf brak, niet over deskundigen in het algemeen, maar wel over de meest uitgesproken groep onder hen: de medici. Kuyper kenschetste medici als autoritaire personen die zich boven de rest van de mensheid verheven voelden.

In kringen van de radicaal-hygiënist en geestverwanten schrok men voor de verwachtingen die de politici koesterden niet terug. De uitdaging werd als vanzelfsprekend aangenomen en de discussie beperkte zich tot het beslechten van een belangenstrijd. De medici moesten daarbij een veer laten en dulden dat ook niet-medici een positie in de Centrale Gezondheidsraad en in het Staatstoezicht konden krijgen.

9.3 ADVISEREN EN BESTUREN: 1902-1920

De regering verwachtte veel van de Centrale Gezondheidsraad. De Raad moest leiding geven aan het Staatstoezicht, wetten ontwerpen en uitvoeren, en daarnaast de regering met raad terzijde staan; kortom, hij moest als een soort extern departement fungeren. Om een reeks van redenen moest de Centrale Gezondheidsraad uiteindelijk het veld ruimen: de bestuurlijke verhoudingen waren onduidelijk of onzuiver, de persoonlijke relaties binnen de Raad raakten verstoord, de relatie met de regering liep niet altijd over van hartelijkheid, de emanciperende rijksoverheid begon de Raad als een sta-in-de-weg te zien, en de regering was karig met financiële steun. Deze factoren komen hier achtereenvolgens aan de orde.

De Centrale Gezondheidsraad werd door regering en parlement opgescheept met een bestuurlijke constructie die, zo niet onzuiver, dan toch onhandig was. In een onbewaakt ogenblik bepaalde minister Kuyper het aantal hoofdinspecteurs op vier. Zij kregen daarmee de meerderheid in de Raad. Dat klemde te meer, omdat de Raad aan het hoofd van het Staatstoezicht stond. De hoofdinspecteurs gaven dus leiding aan zichzelf, een hoogst ongelukkige situatie. Probleem was verder de onduidelijkheid over de vraag of de Raad een zelfstandig orgaan was. De Gezondheidswet van 1901 suggereerde dat de Raad een zelfstandige instantie was, wel dienstbaar aan, maar onafhankelijk van de minister. Het had meer voor de hand gelegen het college niet te belasten met een bestuurstaak of anders, met bestuurstaak en al, onder direct gezag van de minister te plaatsen. Dat had misverstanden en verschillen in interpretatie kunnen voorkomen. Minister Heemskerk beschouwde de Raad als (ongewenste) medebestuurder, terwijl de Raad zichzelf zag als afgeleide van de ministeriële verantwoordelijkheid. De Tweede Kamer steunde

aanvankelijk de, betwistbare, visie van de Raad: de minister zou de 'opperleiding' hebben, de Raad had geen eigen bestuursterrein.

Ook wat de adviserende taak van de Centrale Gezondheidsraad betreft, was het bezwaarlijk dat de hoofdinspecteurs de meerderheid vormden. Weliswaar ontbreekt er bewijs dat zij eenzijdig de besluitvorming dicteerden - wat hun wel in de schoenen werd geschoven -, maar niet uitgesloten is dat de Raad compromissen sloot die het stempel van de hoofdinspecteurs droegen. In ieder geval schaadde alleen al de schijn van suprematie van de hoofdinspecteurs de beeldvorming van de Centrale Gezondheidsraad. Nogmaals, de primaire oorzaak lag niet bij het college, maar bij de regering en het parlement, die ondoordacht te werk waren gegaan.

De te zware positie van de hoofdinspecteurs werkte nog op andere wijze in het nadeel van de Centrale Gezondheidsraad. Zij waren geen voltijds lid van het college, want zij hadden het druk met hun eigenlijke werk: het uitoefenen van toezicht in hun ambtsgebied. Zij togen gemiddeld slechts twee keer per maand naar Utrecht om daar de raadsvergaderingen bij te wonen.

Bestuurlijk problematisch was voorts het gebrek aan duidelijkheid over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van enerzijds de voorzitter, anderzijds de secretaris van de Raad. De onduidelijkheid werd gevoed door de benoeming van de secretaris tot lid van de Raad. Daar kwam verder bij dat de eerste secretaris, Weijerman, een moeilijk heerschap was, een man die de sfeer in de Raad danig verstoorde. Weijerman had ideeën waarvoor zeker iets te zeggen viel, maar waarvoor hij, door zijn gebrek aan souplesse, weinigen wist te winnen. Toch mag men de persoonlijke tegenstellingen niet overtrekken als verklaring voor de teloorgang van de Centrale Gezondheidsraad. Minister Aalberse had gelijk, toen hij aan het graf van de Raad zei dat het eigenlijke kwaad school in de gekozen structuren. Die foutieve keuze was een voedingsbodem gebleken voor geschillen en vetes.

Het pad van de Centrale Gezondheidsraad ging ook om andere redenen niet over rozen. De relatie met de regering werd in de loop van de jaren slechter. Daarbij speelde ook mee dat de communicatielijnen lang waren doordat de Raad gevestigd was in het 'verre' Utrecht. Met de regering werden stukken schriftelijk uitgewisseld, mondeling overleg vond, ondanks aandringen van de Raad, zelden plaats. Soms weigerde een minister zelfs leden van de Raad te ontvangen.

De eerste ministers waarmee de Raad te maken kreeg, Kuyper en Rink, waren het college nog redelijk welgezin, maar voor hun opvolgers, Heemskerk en Cort van der Linden, gold dat minder. Het incident met de kwestie van de cholera, toen Heemskerk de Centrale Gezondheidsraad links liet liggen en zelf de geneeskundig inspecteurs instructies gaf, is in dit verband tekenend. De centrale leiding berustte bij hem, zo schreef hij, en niet bij de Raad. Daarmee ging hij welbewust voorbij aan de letter en de geest van de Gezondheidswet. Cort van der Linden voegde daar later aan toe dat de regering niet per se gehouden was de Raad te horen over maatregelen op het gebied van de volksgezondheid.

Heemskerk bracht het college nog een extra slag toe. Ondanks toezeggingen van zijn voorgangers plaatste hij het in 1909 gestichte Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid niet onder het beheer van de Raad, maar onder dat van de minister. Daardoor moest de Raad een onderzoeksinstituut ontberen.

De Tweede Kamer stelde zich jegens de Raad wisselvallig op. Nu eens leverden de parlementariërs ongezoeten kritiek op de Centrale Gezondheidsraad, die zij traagheid en gebrek aan bestuurskracht verweten, dan weer hekelden zij de minister dat hij onvoldoende oog had voor het vele goede werk van de Raad en het college geen helpende hand had geboden. Kennelijk had ook de Tweede Kamer nog geen duidelijk beeld van de meest wenselijke advies- en beleidsstructuur voor de volksgezondheid.

De norske reacties van Heemskerk en Cort van der Linden aan het adres van de zich gepasseerd voelende Raad zijn ook illustratief in ander opzicht. De regering bleef terughoudend in het erkennen van taken op het gebied van de volksgezondheid, maar als er beleid gevoerd moest worden, dan wilde zij dat in toenemende mate wel zelf doen. De ambities van de Centrale Gezondheidsraad werden daarbij als hinderlijk ervaren. Goeman Borgesius hoopte, toen hij de grondslag voor de Raad legde, dat het college regering en departement zou gaan prikkelen tot activiteit op het gebied van de volksgezondheid. Dat gebeurde inderdaad, maar niet op de harmonieuze manier die Borgesius voor ogen stond.

Tot slot was er de zuinigheid van de regering. De rijksoverheid wilde 'voor een dubbeltje op de eerste rang zitten'. Kuiper erkende zonder blikken of blozen dat de salarissen die hij ter beschikking stelde, niet toereikend waren om de beste hygiënisten voor het lidmaatschap van de Raad te interesseren. Het college kampte verder met een tekort aan wetenschappelijk personeel, waarbij het gebrek aan juridische deskundigheid onder de medewerkers te meer knelde, omdat de Raad wetten moest ontwerpen.

De Centrale Gezondheidsraad hield in 1919 op te bestaan. Het college werd opgevolgd door de Gezondheidsraad, die een beperktere taak kreeg: alleen adviseren. Wat bracht de regering ertoe de taak van de Gezondheidsraad te beperken tot advisering? Het antwoord op deze vraag ligt besloten in het voorgaande. De combinatie 'besturen' en 'adviseren' was bij de Centrale Gezondheidsraad op een mislukking uitgelopen, niet zozeer omdat deskundigen per definitie de bekwaamheid tot besturen zouden missen, zoals sommige politici suggereerden, maar vanwege de boven geschetste wanconstructie. De regering koos niet op positieve gronden voor omvorming van de Centrale Gezondheidsraad tot de puur adviserende Gezondheidsraad. Het was eerder een aftreksom. De fout van 1901 moest ongedaan worden gemaakt en bovendien streefde de regering naar het nemen van meer eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid. De aanstelling van een directeur-generaal van de Volksgezondheid getuigde van dat laatste. Resultaat was dat de Raad zijn bestuurlijke taak moest afstaan; wat resteerde was advisering.

De Centrale Gezondheidsraad kwam niet uit de verf als bestuursorgaan, maar wel als adviesorgaan. De kritiek van regering en parlement gold vooral de bestuurstaak, de traagheid in het uitbrengen van de jaarverslagen, en de wijze waarop de leden van het college met elkaar omgingen. Als adviesorgaan was de Raad, met 258 rapporten, redelijk productief en kreeg hij bij diverse gelegenheden de handen van de politici op elkaar. De Centrale Gezondheidsraad richtte zich in zijn adviezen meestal tot de regering, maar soms ook tot een bepaalde groepering (zoals de vroedvrouwen) of, met vlugschriften, tot het 'volk'. De aanbevelingen in de adviezen aan de regering betroffen in hoofdzaak: wet- en regelgeving, soms in de vorm van complete wetsontwerpen; het treffen van organisatorische en technische medische voorzieningen (leprozenhuis, ontsmettingstoestel, ziekenbarakken, waterleiding, proefinstallatie voor biologische zuivering); voorlichtingscampagnes; en steun aan het particulier initiatief.

Ondanks alle problemen was de invloed van de Raad op het overheidsbeleid redelijk groot. Weliswaar nam de regering lang niet alle aanbevelingen uit elk advies over, maar globaal kan men stellen dat zeventig procent van de adviezen in het beleid doorwerkten,² nog afgezien van het effect op particuliere instanties. Van de bovengenoemde categorieën van aanbevelingen kwamen die over het treffen van voorzieningen er in de praktijk het meest bekaaid af, vooral omdat de regering voor de kosten terugdeinsde. Wanneer er echter acuut gehandeld moest worden, zoals bij een dreigende epidemie, aarzelde de regering niet de door het college voorgestelde voorzieningen te treffen. Het stempel dat de Raad drukte op wetgeving, blijkt onder meer uit het Mijnreglement, en de Caisson-, Ontsmettings- en Opiumwet.

Bij het beoordelen van de effectiviteit van de advisering van de Centrale Gezondheidsraad moet men in aanmerking nemen dat veel overheidsbeleid langs lijnen van geleidelijkheid gestalte kreeg. In het proces van menings- en besluitvorming speelde de Raad een rol, maar die was lang niet altijd exclusief. In dit opzicht kan het college worden beschouwd als een nuttig radertje in een groter geheel.

Heemskerk stelde dat de Raad een wetenschappelijk adviesorgaan moest worden. Het ging hem daarbij niet om verandering maar om inperking van de taak, want - zoals we gezien hebben in hoofdstuk 2 - werd de Raad impliciet al gezien als een wetenschappelijk adviescollege. Het begrip 'wetenschap' had daarbij een ruime lading, in de trant van: alle adviezen van wetenschappers zijn als wetenschappelijk te beschouwen. Terugkijkend kan men de Centrale Gezondheidsraad, wat zijn adviestaak betreft, het best karakteriseren als een adviesorgaan met gemengde taak: het geven van zowel 'wetenschappelijke' als 'maatschappelijke' adviezen, en dat zonder onderscheid. Zo zou men een onderwerp als uitoefening van de geneeskunde, in feite het beslechten van een belangenstrijd tussen beroepsgroepen, niet op de agenda van de Centrale Gezondheidsraad hebben verwacht als het college een puur wetenschappelijk adviesorgaan was geweest.

Overigens maakt ook de samenstelling van de Centrale Gezondheidsraad het moeilijk het college te zien als een puur wetenschappelijk adviesorgaan. De meeste leden van de Raad waren weliswaar

wetenschappelijk geschoold, maar zeker geen geleerden van betekenis. Wel bevonden zich onder de buitengewone leden wetenschappers van naam.

Vanaf omstreeks 1910 begon het particulier initiatief zich sterk te ontwikkelen. De Raad paste zich probleemloos aan deze realiteit aan. Hij beschouwde de overheid en het particulier initiatief als elkaars bondgenoten bij het verbeteren van de volksgezondheid, waarbij bepaalde maatregelen door de overheid konden worden getroffen en andere door particuliere organisaties. De Raad zag daarbij de balans wel anders dan de regering, die nog meer aan het particulier initiatief wilde overlaten. Verscheidene malen schoof de regering suggesties voor door haar te voeren beleid, gedaan door de Centrale Gezondheidsraad, naar particuliere organisaties door. Dit was soms meer een kwestie van bezorgdheid om de schatkist dan van ideologie. Een voorbeeld is de tuberculosebestrijding, die de regering toevertrouwde aan de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der Tuberculose.

Het adviesdeel van het werkprogramma van de Raad werd gevuld met onderwerpen die door de regering werden aangedragen of doorgesluisd. Het college hoefde niet te doen aan 'acquisitie' van activiteiten; het aanbod van onderwerpen was overweldigend. Geheel in de hygiënistische traditie lag het accent in de adviezen van de Raad op preventie, uiteenlopend van vaccinatie tot verbetering van voedingsmiddelen, drinkwatervoorziening, huisvesting en milieuhygiëne. De deskundigen verenigd in de Centrale Gezondheidsraad droegen bij aan de totstandkoming van overheidsbeleid op al deze terreinen.

De Raad zorgde voorts, in navolging van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, voor enige kanalisering van de relatie tussen de zelfbewuster wordende rijksoverheid en de zich ontwikkelende beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Het college fungeerde vooral als brug tussen regering en parlement enerzijds en medici anderzijds, zoals bij de onderwerpen 'medisch ambtsgeheim' en 'uitoefening van de geneeskunde'. Een parlementariër als De Savornin Lohman zag de Raad als een bolwerk van medici. De Centrale Gezondheidsraad verloochende zijn 'medische' wortels niet, maar zo ongenueanceerd kan men het college, met zijn gevarieerde samenstelling, niet typeren. De Raad koos bijvoorbeeld in de belangenstrijd tussen beroepsgroepen niet per definitie de kant van de medici, zoals de adviezen over de positie van de vroedvrouwen laten zien.

Een ethisch en juridisch belangrijk vraagstuk dat de Centrale Gezondheidsraad behandelde, was in hoeverre de staat, via dwang of drang, inbreuk mocht maken op de 'lichamelijke integriteit' van haar burgers. Geaccepteerd was dat mensen niet ongelimiteerd mogen doen of laten wat zij willen als zij anderen daarmee in gevaar brengen. De overheid moest het collectieve belang afwegen tegen het recht van het individu te beschikken over het eigen lichaam. De moeilijke keuzes die daarbij in het geding waren, worden treffend geïllustreerd door de geschiedenis van de pokkenvaccinatie. De Nederlandse overheid zag in de vorige eeuw af van invoering van een absolute vaccinatieplicht, dus van ongeclausuleerde dwang. Sommige andere landen, waaronder Denemarken, Zweden, Engeland (tot 1898), Italië en de meeste Duitse staten, gingen daartoe wel over. Nederland opteerde voor een minder vergaande aanpak: zijdelingse inentingsdwang.³ Er kwamen verschillende voorstellen aan de orde om de dwang verder af te zwakken. Minister Kuyper en Kamerlid De Savornin Lohman hadden daar oren naar, de ministers Rink en Heemskerk - daarin gesteund door de Centrale Gezondheidsraad - minder. Dat de Raad versoepeling van de zijdelingse inentingsdwang afwees, laat zich verklaren uit het feit dat in de hygiënistische traditie het collectieve belang zwaarder telde dan overwegingen van individuen. Tegen deze achtergrond moeten ook de voorstellen van de Raad worden gezien om lijdens aan lepra en geslachtsziekten desnoods gedwongen onder quarantaine te plaatsen als zij, respectievelijk onbedoeld of moedwillig, een gevaar voor anderen vormden.

Met de afkondiging van de Gezondheidswet van 1919 viel het doek voor de Centrale Gezondheidsraad. Dit tweeslachtige orgaan maakte plaats voor de Gezondheidsraad, die het aloude gezegde waarmaakte: in de beperking (advisering) toont zich de meester.

9.4 BLOEI TEGEN DE VERDRUKKING IN: 1920-1940

Op de ruïne van de Centrale Gezondheidsraad verrees een nieuw bouwwerk: de Gezondheidsraad. De transitie, bij de Gezondheidswet van 1919, was meer dan een formaliteit; taakstelling en werkwijze veranderden aanzienlijk. De Gezondheidsraad werd een puur adviesorgaan, met aan het hoofd een voorzitter met grote bevoegdheden. Waar vroeger commissies niet meer dan voorwerk voor de Raad verrichtten, kregen zij nu autonomie. Zij mochten zelfstandig adviezen uitbrengen, zij het dat de voorzitter van de Raad in zijn aanbiedingsbrief kanttekeningen kon plaatsen. De omvangrijke Raad vergaderde niet meer plenair. Het centrum van de macht kwam te berusten bij de voorzitter, die in zijn eentje commissies kon in- en samenstellen en bovendien 'hoofd van dienst' van het secretariaat was. Overigens kwam de Raad in rustiger vaarwater dan zijn voorganger door de goede verstandhouding tussen voorzitter en secretaris. Ook de relatie met het departement werd beter door de verhuizing van de Raad van Utrecht naar Den Haag.

Gelet op het geringe budget was de Gezondheidsraad in het interbellum met 344 adviezen, een gemiddelde van ruim zeventien per jaar, een produktief orgaan. Ook de Gezondheidsraad kon zich erop beroepen dat de regering zijn adviezen meestal ter harte nam. Meer dan zeventig procent van de hier besproken adviezen werkte min of meer in het beleid door. Het gezag van de Raad was groot. Ministers verantwoordden hun beleid onder verwijzing naar adviezen van de Gezondheidsraad.

Ondanks deze waardering bleek de positie van de Raad kwetsbaar. Dat er in deze tijden van economische crisis ook op de Gezondheidsraad bezuinigd werd, wekt geen verbazing, maar wel opmerkelijk is dat, vergeleken met andere instanties op het vlak van de volksgezondheid, de budgettaire korting buiten proporties groot was (zo'n negentig procent). Het touwtje dat politici en adviseurs met elkaar verbond, was dun; de volksvertegenwoordigers zagen advisering kennelijk als een luxe-artikel: wel prettig maar -niet strikt nodig. Dank zij de tomeloze inzet van voorzitter Jitta hield de gekortwiekte Gezondheidsraad niettemin stand.

Voorzitter Josephus Jitta drukte een beslissend stempel op de Raad. Bij de installatie van de Gezondheidsraad sprak minister Aalberse nog de hoop uit dat de Raad een forum zou worden voor samenwerking tussen (wetenschappelijke) deskundigen en vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties. De minister dacht dus aan een 'gemengd' adviesorgaan. Jitta bewees lippendienst aan die gedachte, maar in de praktijk benoemde hij in commissies van de Raad overwegend deskundigen met een wetenschappelijke achtergrond. Dat waren vaak wetenschappers van grote reputatie, zoals Eijkman en Van Loghem die zitting hadden in de commissie die de pokkenvaccinatie bestudeerde. Het idee dat de Gezondheidsraad een wetenschappelijk adviesorgaan was, begon onder Jitta zo sterk post te vatten, dat commissies zich gingen afvragen of zij nog wel binnen de grenzen van de wetenschap bleven. Men had zich daar geen zorgen over hoeven maken als men de tekst van de Gezondheidswet van 1919 in gedachten had gehouden: die wet legde geen beperkingen aan de aard van de advisering op. Overigens is hiermee niet gezegd dat de Raad zich steeds onthield van een oordeel over kwesties waarbij ook andere dan wetenschappelijke overwegingen in het geding waren. Als voorbeelden kunnen dienen: seksuele voorlichting aan militairen; de bevoegdheden van vroedvrouwen, heilgymnasten, masseurs en opticiens; hypnotische seances; het verdrag van Kamaran en andere internationale aangelegenheden.

De wetenschappelijke interesse van (commissies van) de Gezondheidsraad uitte zich ook in het zelf doen van onderzoek en in het entameren van onderzoek in instituten die via hun directeur of anderszins in de commissies vertegenwoordigd waren. Voorbeelden betreffen: bijwerkingen van pokkenvaccinatie; jodiumgehalte van water, urine en grond; effect van jodering van drinkwater op krop; voedingstoestand van de bevolking; en het loodgehalte van drinkwater.

De wetenschappelijke invalshoek overheerste dus. Toch werd de Raad door de regering, en door zichzelf, soms als meer dan een wetenschappelijk college beschouwd, getuige de onderhandelingen die de Raad namens, of op verzoek van, de regering met belangenorganisaties voerde. Zo overlegde het college met de medische faculteiten over een opleiding tot hygiënist en met schippersbonden over een goede drinkwatervoorziening voor schippers.

In het algemeen stelde de regering 'open' vragen aan de Raad, met andere woorden: vragen waarop het antwoord nog niet vaststond. Deze constatering is van belang omdat een functie van adviesorganen kan zijn het legitimeren van al bestaande beleidsvoornemens. In de beginperiode van de

Gezondheidsraad deden zich mogelijk twee gevallen voor van het met vooropgezette bedoelingen vragen van advies. Minister Van Dijk was tegen seksuele voorlichting aan militairen, in de vorm van lezingen met lichtbeelden, en moest teleurgesteld vaststellen dat de Raad hem daarin niet steunde. Het tweede geval betrof niet de Gezondheidsraad, maar de Staatscommissie inzake de vaccinatie. Minister Romme zette de gedachtenvorming in de commissie naar zijn hand toen het voor hem de verkeerde kant dreigde op te gaan. Het fenomeen 'staatscommissie' keert in hoofdstuk 10 terug.

Wellicht is het een bewijs uit het ongerijmde, maar ook het eerder genoemde feit dat de Gezondheidsraad meer dan andere instanties budgettair werd gekort, kan men zien als een aanwijzing dat het college voor regering en parlement doorgaans een 'beperkte' functie vervulde: in hoofdzaak advisering. De Gezondheidsraad was niet de eerst aangewezen organisatie om het overheidsbeleid te legitimeren, aan de man te brengen, of uit te voeren. Toch kon of wilde het college zich niet volledig aan deze 'bijkomende' functies onttrekken, zoals in de volgende alinea's wordt toegelicht.

Het particulier initiatief bloeide. Particuliere (professionele en maatschappelijke) organisaties wendden zich geregeld, bijvoorbeeld in zogeheten adressen, met verzoeken of pleidooien tot de minister. Deze vroeg dan vaak het oordeel van de Gezondheidsraad. De Raad werkte zo, overigens con amore, mee aan de verstrengeling van 'overheid' en 'samenleving'. De Raad kreeg onder meer adressen en andere verzoeken voorgelegd van de Vereeniging ter Bevordering van het Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk, de Tucht-Unie, de Bond tot Behartiging van de Belangen van het Kind en de Bond van Nederlandsche Onderwijzers.

Men zou de toenmalige Gezondheidsraad kunnen zien als onafhankelijk van enerzijds de rijksoverheid en anderzijds het particulier initiatief, of breder: de samenleving. Dit beeld klopt echter niet helemaal. De Raad stond niet buiten de politiek en evenmin buiten de samenleving. Beter is het te stellen dat de Gezondheidsraad, onverlet zijn wetenschappelijke taakstelling, bijdroeg aan de overlapping van de sferen 'overheid' en 'samenleving'. Anders gezegd: de leden van de Raad en zijn commissies maakten, ook als wetenschappers, deel uit van de samenleving en zij werden als leden van de samenleving gevraagd bouwstenen aan te dragen voor het beleid van de overheid. De overheid verwachtte daarbij dat de adviezen van de Raad niet alleen een wetenschappelijk, maar tot op zekere hoogte ook een maatschappelijk draagvlak voor het te voeren beleid zouden bieden. Het zou niet op prijs zijn gesteld als de Raad geen enkele rekening met de politieke realiteit had gehouden. Een schoolvoorbeeld van die menging van de sferen 'overheid' en 'samenleving' was de persoon Jitta: vertegenwoordiger van respectievelijk de wetenschap, de regering (in internationale organisaties) en het particulier initiatief (via tal van bestuursfuncties).

In de Gezondheidswet van 1919 won de positie van de voorzitter van de Raad, zoals gememoreerd, sterk aan betekenis. Jitta maakte de Raad tot een gezaghebbend orgaan. Hij deed zijn invloed gelden in de contacten met de buitenwereld: overheid en particulier initiatief. Zijn strategisch inzicht hielp hem zijn functie goed te vervullen.

Dat er sprake was van strategisch gedrag, niet alleen van Jitta maar ook van andere leden van het college en zijn commissies, kan toegelicht worden met twee soorten voorbeelden. De ene heeft betrekking op de interactie met de 'politiek', de andere op de interactie met het 'particulier initiatief'.

De Gezondheidsraad stemde de advisering soms af op wat als politiek haalbaar werd beschouwd. Geneeskundig hoofdinspecteur Terburgh zag in 1934 in de Encefalitiscommissie van indiening van een minderheidsnota af, omdat hij vermoedde dat zo'n nota politiek toch geen kans van slagen had. Om dezelfde reden durfde een meerderheid van genoemde commissie, met inbegrip van Jitta, lange tijd niet voor haar voorkeur voor een vaccinatieplicht uit te komen. De overheid kon dit strategisch gedrag doorgaans waarderen. De directeur-generaal van de Volksgezondheid zei onverbloemd: 'Men (de Raad) moet wel tevens politiek bezig zijn.'

Ook aan het particulier initiatief deed de Gezondheidsraad - lees: Jitta - af en toe uit tactische overwegingen concessies. Zo benoemde de voorzitter in de commissie die zich moest uitspreken over het geneeskundig onderzoek vóór het huwelijk ook een hoofdbestuurslid van de organisatie die dit onderzoek wenste te bevorderen. Zijn bedoeling in dit soort gevallen was vermoedelijk eventuele oppositie tegen het uit te brengen advies monddood te maken door haar een stem te geven. Uiteraard zorgde Jitta er dan wel voor dat de oppositie niet verder kon reiken dan een minderheidsstandpunt. In hetzelfde licht moet men

het beleid van Jitta zien met betrekking tot de samenstelling van commissies die moesten oordelen over tegenstellingen tussen onderscheiden beroepsgroepen. Daarin benoemde hij in de regel ook vertegenwoordigers van de tegenover elkaar staande partijen.

Met dat laatste is niet gezegd dat elk minderheidsstandpunt in het geschetste perspectief gezien moet worden. In commissies die zich bogen over omstreden onderwerpen, zoals dwang bij pokkenvaccinatie, werden niet zelden minderheidsstandpunten ingenomen door deskundigen die, los van enig belang, met collega's van inzicht verschilden. Jitta had uiteraard de meningsvorming in die commissies kunnen beïnvloeden door gelijkgezinden te benoemen, maar de hier bedoelde minderheidsstandpunten doen vermoeden dat hij dat in de besproken gevallen niet heeft geprobeerd.

Het werkprogramma van de Gezondheidsraad bevatte actuele vraagstukken die, net als bij zijn voorganger, door de regering werden aangedragen of doorgesluisd. Veranderingen in thematiek ten opzichte van de voorgaande periode kunnen worden verklaard uit ontwikkelingen in het beleid van de rijksoverheid, in de wetenschap en in de nationale en internationale gezondheidszorg. Door de vooruitgang in de wetenschap verschoof het accent in het werkprogramma geleidelijk van preventieve maatregelen buiten de gezondheidszorg naar medische preventie in meer strikte zin. Dat uitte zich in een groeiende aandacht voor vaccins. Daarnaast nam het thema 'uitoefening van de geneeskunde' sterk in betekenis toe. Dit moet men zien tegen de achtergrond van de voortschrijdende professionalisering binnen de gezondheidszorg. Vele beroepsgroepen hadden zich behoorlijk ontwikkeld en 'professionals' ontgonnen nieuwe werkerterreinen. Keerzijde van de medaille was de toenemende wrijving tussen elkaar beconcurrerende beroepsgroepen. De regering kende de Gezondheidsraad daarbij de rol van arbiter toe. De bedoelde professionalisering bracht een groeiende behoefte aan wetenschappelijke opleiding met zich mee, een onderwerp dat ook op de agenda van de Raad belandde, en leidde er bovendien toe dat met name artsen zich bewust werden van de consequenties van het eigen handelen. Een voorbeeld van dat laatste is de opkomst van de stralingshygiëne, waarbij de Gezondheidsraad het voortouw nam.

Het woord 'ethisch' viel voor de eerste maal, uitgesproken door de directeur-generaal van de Volksgezondheid. In één adem werden in deze jaren ook woorden gebezigd als: 'moreel', 'moralistisch' en 'godsdienstig'. Verwarring bestond over de vraag of commissies van de Gezondheidsraad gerechtigd waren ook ethische overwegingen in hun advisering te betrekken. De directeur-generaal vond 'ethiek' eerst geen zaak voor de Gezondheidsraad, toen het ging om versoepeling van de voorschriften voor pokkenvaccinatie, maar later stelde hij bij hetzelfde onderwerp dat de Raad acht moest slaan op de morele zijde van het vraagstuk. Diezelfde ambtenaar weerhield Jitta er in ander verband (geneeskundig onderzoek vóór het huwelijk) van om de morele aspecten van het onderwerp in publikaties van de Raad te belichten. Kortom, het departement bood allesbehalve duidelijkheid en verstrikte zich in gelegenheidsargumentatie. In bepaalde gevallen ging de Gezondheidsraad wel degelijk ook op ethische aspecten in, daartoe in feite uitgenodigd door de regering. De adviezen over het al dan niet aanvaardbaar zijn van overheidswang bij pokkenvaccinatie getuigen daarvan. Die publikaties laten tevens zien dat de pokkenvaccinatie geen puur medisch, en ook geen louter ethisch, onderwerp was, maar een vraagstuk met medische, ethische, juridische en sociale aspecten in onlosmakelijke samenhang.

In hoofdstuk 3 hebben we gezien dat de Centrale Gezondheidsraad niet van versoepeling van de zijdelingse dwang bij pokkenvaccinatie gediend was. Met de epidemie van 1872 nog in het geheugen wilden de deskundigen de teugels niet al te zeer laten vieren. Ook de Gezondheidsraad wilde tot het midden van de jaren twintig niet tornen aan de zijdelingse inentingsdwang. Een geleidelijke kentering in het standpunt van de Raad voltrok zich toen bekend werd dat pokkenvaccinatie soms resulteerde in hersenontsteking. Commissielid Van Loghem stelde een voor de Raad nieuw ethisch principe aan de orde: als een overheidsmaatregel de burger aan gevaar blootstelt, dan vervalt het recht van de regering die maatregel op te dringen. Binnen de Gezondheidsraad werd hierover uiteenlopend gedacht, maar ook onder politici heerste verdeeldheid. De eensgezindheid groeide echter toen het aantal gevallen van encefalitis bleef aanhouden na een tijdelijke, overhaaste overstap naar het neurovaccin. Een meerderheid van de betrokken commissie van de Gezondheidsraad adviseerde in oktober 1927 om de vaccinatiebepalingen, en dus de zijdelingse dwang, op te schorten. Dit voorstel werd overgenomen in de Wet van 11 Februari 1928.

Al spoedig klonken er wéér andere geluiden, en niet zonder reden. De 'alastrimepidemie' in 1929 bewees dat de pokken nog allerminst uit Nederland verdreven waren. Oud-minister Rink beschuldigde de

regering er in de Eerste Kamer van haar beleid te baseren op enkele gevallen van hersenontsteking en het zijns inziens veel grotere pokkengevaar te veronachtzamen. De Gezondheidsraad adviseerde weliswaar bij herhaling de opschortingstermijn van de vaccinatiebepalingen te verlengen, maar binnen het college gingen geleidelijk stemmen op ten gunste van een regelrechte vaccinatieplicht, dus directe dwang. Die voorkeur durfde de Raad pas in de openbaarheid te brengen toen minister Slingenberg het college tot grotere duidelijkheid maande. Minister Romme zette vervolgens de politieke besluitvorming naar zijn hand door een staatscommissie te laten uitspreken dat de oplossing midden tussen de uitersten 'vrijheid, blijheid' en 'dwang' moest liggen. De keus voor 'drang' werd vastgelegd in de Inentingswet van 1939.

Op het eerste gezicht lijken deskundigen en politici in deze twintig jaar een merkwaardige zigzagkoers te hebben gevaren. Eerst zijdelingse dwang, toen vrijwilligheid, vervolgens een pleidooi voor regelrechte dwang, en tot slot drang. Maar bedacht moet worden dat de omstandigheden veranderden. Naarmate een pokkenepidemie langer uitbleef, werd de roep om versoepeling van het beleid sterker. Dit te meer, omdat pokkenvaccinatie ook een schaduwzijde bleek te hebben: hersenontsteking. Te verwachten valt dat als er weinig direct zichtbare baten (preventie van de verspreiding van pokken) zijn, schade - al is die zeldzaam - zwaarder gaat wegen. De slinger zwaaide terug toen de 'alatrimepidemie' uitbrak. De gedachte van de vaccinatieplicht kreeg (nieuwe) voeding doordat het aantal vaccinaties bijzonder sterk terugliep na de opschorting van de zijdelingse inentingsdwang. Bij een epidemie zou een groot deel van de bevolking onbeschermd zijn geweest. Het wachten met massale inenting tot de nood aan de man zou komen, had als nadeel dat veel van de te vaccineren personen dan een voor het ontstaan van hersenontsteking riskante leeftijd zouden hebben, namelijk boven de één jaar. Dit leeftijdsafhankelijke risico werd pas vanaf 1927 onderkend. Nog een reden om voor de vaccinatieplicht te pleiten was de constatering dat de overheid er via voorlichting niet goed, althans niet snel, in slaagde de burgers te overtuigen van de wenselijkheid zich vrijwillig te laten inenten. Kortom, de veranderingen in opinie waren minder grillig dan men in eerste instantie zou denken. Nieuwe feiten, nieuwe standpunten.

Het thema 'dwang' figureerde ook in andere adviezen van de Gezondheidsraad. Wij kwamen verplichte (her)keuring van onderwijzers op tuberculose tegen, evenals een verplichting voor militairen tot het aanschouwen van seksuele voorlichtingsfilms. De overheid mocht best dicteren wat er moest gebeuren, zo vond de Raad in deze gevallen. Maar in andere adviezen was het college niet geporteerd van een normerende overheid. Een opmerkelijk voorbeeld van dat laatste bieden de adviezen over het voorhuwelijkse geneeskundig onderzoek. De overheid was voor normaliseren weinig geschikt en zij moest zich daarom onthouden van inmenging in het leven van burgers, aldus een commissie van de Gezondheidsraad. Men kan zich afvragen of dat in tegenspraak was met de teneur van wat andere commissies van de Raad over pokkenvaccinatie te berde brachten, namelijk: wel inmenging.

De kracht van de Gezondheidsraad - zijn commissies - was misschien ook zijn zwakte. Elke commissie kon immers in beginsel stellingen van eigen keuzes betrekken, wat tot inconsistenties tussen de adviezen zou kunnen leiden. Jitta was er echter de man niet naar om dat klakkeloos te laten gebeuren. Waarschijnlijker is het, dat men tegen de onderwerpen 'pokkenvaccinatie' en 'voorhuwelijkse onderzoek' wezenlijk anders aankeek. Waar dat wezenlijke in school, is niet aanstonds duidelijk. Dwang bij pokkenvaccinatie werd billijk gevonden omwille van een 'bovenindividueel' belang: preventie van verspreiding van besmetting onder de bevolking. De eugenetici beriepen zich bij het bepleiten van het voorhuwelijkse onderzoek ook op een 'bovenindividueel' belang: preventie van verval van de maatschappij. Maar voorstelbaar is dat bemoeienis van de overheid met het kiezen van een huwelijkspartner als een essentieel grotere inbreuk op het privé-leven van mensen werd ervaren dan de dwang om inenting te ondergaan.

Hoe dit ook zij, regering en Gezondheidsraad trokken in hun weerzin tegen een nadrukkelijke betrokkenheid van de overheid bij het voorhuwelijkse onderzoek één lijn. Tegen propaganda voor het voorhuwelijkse onderzoek hadden zij evenwel geen principieel bezwaar.

Dit alles overziende, kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat regering en parlement over 'ethisch gevoelige' zaken oordeelden met stilzwijgende inachtneming van bepaalde, toentertijd geldende, maatschappelijke normen. Of iets binnen of buiten de orde werd verklaard, ethisch of moreel bespreekbaar of taboe werd geacht, en al of niet als onderwerp van overheidsbeleid werd gezien, hing vermoedelijk van die normen af. In die normen verschilden de politici en de deskundigen als groep klaarblijkelijk niet veel van elkaar.

Tegen alle verdrukking in werd de Gezondheidsraad, mede dank zij voorzitter Jitta, een succes. Het in het interbellum gelegde fundament van het college was zo stevig, dat de Raad latere magere jaren zou overleven. Maar eerst moest de Raad nog door een diep dal. De Tweede Wereldoorlog luidde een moeilijke periode voor het college in.

9.5 OORLOG: 1940-1945

Er was de Duitsers veel aan gelegen rust en orde in het strategisch gelegen Nederland te bewaren. De bezetters streefden ernaar de gezondheidstoestand van de bevolking op peil te houden en zij schakelden daarbij Nederlandse instanties in. Deze aanpak bood organisaties als het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad de gelegenheid hun werk in enigszins aangepaste vorm voort te zetten.

Ogenschijnlijk bleef de Gezondheidsraad produktief. Het college bracht tijdens de oorlog gemiddeld 22 adviezen per jaar uit. Deze bedrijvigheid kwam echter grotendeels op het conto van de Commissie inzake de voeding, Voedingsraad genaamd, die bij de Gezondheidsraad werd ondergebracht. Op andere gebieden vielen de activiteiten van de Gezondheidsraad min of meer stil. Dat had diverse oorzaken. Traditionele adviesonderwerpen, zoals vaccinatie en uitoefening van de geneeskunde, verloren tijdens de oorlog aan prioriteit, waardoor het programma van het college drastisch in omvang afnam. De bezetters hadden geen behoefte aan wetenschappelijke adviezen, behalve over voeding en (andere) kwesties waarbij 'rust en orde' in het geding waren. De Gezondheidsraad toonde geen interesse op eigen initiatief nieuwe activiteiten te ondernemen. De oorlogsomstandigheden nodigden daartoe niet uit en bovendien had de Raad aan kracht verloren wegens uitdunning van het ledental en doordat het voorzitterschap niet langer voltijds werd vervuld.

Al raakte de Gezondheidsraad door dit alles enigszins op de achtergrond, toch bleven zijn adviezen niet zonder uitwerking. Negen van de tien adviezen hadden invloed op het beleid, voor zover de oorlogsomstandigheden uitvoering van beleid toelieten. In enkele gevallen nam de Raad gas terug om de bezetters geen handvat voor ongewenst beleid te bieden.

Voorzitter Kersbergen was niet zo gedreven en (wetenschappelijk) bevlogen als zijn voorganger en bovendien kon hij minder tijd aan de Raad besteden. Wel had hij de gave van de diplomatie, waardoor hij het college kon loodsen tussen de Scylla van een conflict met de bezetters en de Charybdis van collaboratie. Kersbergen had met Jitta worteling in maatschappelijke organisaties en politieke belangstelling gemeen.

In het profiel van de Gezondheidsraad tijdens de Tweede Wereldoorlog vallen de trekken te herkennen van de Raad uit het interbellum: een overwegend wetenschappelijk adviescollege, waarvan commissies de spil vormden. In organisatie, taakstelling en wijze van opereren van de Raad veranderde weinig. Wel trad, om eerder genoemde redenen, een wijziging in thematiek op. Ruim zeventig procent van de adviezen was gewijd aan voedingsvraagstukken. De betrokken commissie - de Voedingsraad - verzette veel werk, waarbij zij soms niet schuwde de bezetters te trotseren. Dank zij onder meer de inzet van de Voedingsraad kregen met ondervoeding bedreigde bevolkingsgroepen voedingskundig verantwoorde rantsoenen en maaltijden van de Centrale Keukens aangeboden. De bezetters volgden meestal, hoewel niet steeds van harte, de voorstellen van de Voedingsraad, omdat ook zij bij een goede gezondheidstoestand van de bevolking gebaat waren. Tot september 1944 wisten de bezetters voedselschaarste en ondervoeding redelijk te voorkomen, maar toen het front naderde en het nationaal-socialistische bewind stuiptrekkingen begon te vertonen, ontstond alsnog hongersnood, vooral in West-Nederland. Daar kon ook de Voedingsraad, wiens rol toen vrijwel was uitgespeeld, niets aan veranderen.

Het thema 'dwang' kwam in de adviezen uit de Tweede Wereldoorlog niet aan de orde, behalve in die over de 'asociale' tuberculoselijders. De meerderheid van de betrokken commissie voelde voor gedwongen opname in een sanatorium van deze - kleine - groep tuberculosepatiënten, al wilde men daarbij minder hardhandig te werk gaan dan in Duitsland. De effectiviteit van gedwongen opname, afgezet tegen andere maatregelen, werd niet betwijfeld. Dat er 'asociale' mensen bestonden en dat dwang aanvaardbaar en geboden was om het afgedwaalde schaap te corrigeren en terug te leiden, stond buiten kijf.

Deskundigen en gezagdragers zagen 'asociaal gedrag' als een probleem waarop een paternalistisch-opvoedkundig antwoord paste.⁴

Paternalisme sprak ook uit de uitlatingen van de Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche. Deze commissie, waaraan psychiaters van grote faam deelnamen, legde de nadruk op aanpassing aan, in plaats van verzet tegen de bezetting. Men kan in haar woorden bedenkelijke suggesties lezen, bijvoorbeeld waar de bezetter geprezen werd voor rustig en correct optreden, maar bepalender voor de stellingname van de commissie lijkt de indertijd gangbare beroepsopvatting te zijn geweest. Bevoogdend wees de commissie de bevolking op het belang van gemeenschapszin. Dat de commissie zichzelf niet als verlengstuk van de bezetters zag, bleek uit het feit dat zij al snel haar werkzaamheden staakte. Overigens kwamen uit de adviezen van deze commissie de Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden voort, de voorlopers van de huidige RIAGG'S.

De Voedingsraad redde de Gezondheidsraad in de Tweede Wereldoorlog van het lot van anonimiteit. Dat de Gezondheidsraad in de oorlogsjaren uit beeld verdween, was verklaarbaar. Maar de Raad meldde zich niet terug in de schijnwerpers toen de oorlog eenmaal voorbij was. Deze passiviteit dreigde het college op te breken.

9.6 IMPASSE: 1945-1955

In de parlementaire handelingen van de eerste tien jaar na de Tweede Wereldoorlog komt men zelden de naam van de Gezondheidsraad tegen, behalve in ongunstige zin: had de Raad wel bestaansrecht in het toekomstige stelsel van gezondheidszorg? De Gezondheidsraad verkeerde in een impasse, die voortvloeide uit een reeks van omstandigheden, deels samenhangend met de organisatorische crisis waarin de Nederlandse gezondheidszorg zich bevond. De Gezondheidsraad was, als wetenschappelijk adviescollege, niet het passende gezelschap om de gezondheidszorg te helpen reorganiseren. Wetenschappelijke kwesties verdwenen naar de achtergrond, ook al omdat de Raad zich weinig profileerde. Tekenend voor de tanende populariteit van het college was de moeite die het in de jaren vijftig kostte gegadigden voor het voorzitterschap te vinden. De belangrijkste factoren voor de relatieve terugval van het college passeren hier in het kort de revue.

Het systeem van de gezondheidszorg moest op de helling. Dat geluid viel al zwakjes vóór de Tweede Wereldoorlog te beluisteren, maar na de oorlog zwol het aan. Particuliere instanties, in het interbellum de peilers van de gezondheidszorg, vormden samen een ondoorzichtig 'stelsel', dat dreigde te bezwijken onder de in aantal en complexiteit toenemende medische ontwikkelingen en voorzieningen. De verwoestingen van de Tweede Wereldoorlog versterkten de noodzaak van reorganisatie. De regering besloot niet zozeer tot wederopbouw, maar tot vernieuwing. Dat was een werk waaraan de wetenschap slechts in bescheiden mate kon bijdragen. Er moesten maatschappelijke krachten worden gemobiliseerd. In de behoefte aan een maatschappelijk adviesorgaan, met daarin vertegenwoordigers van de overheid en van uiteenlopende organisaties, werd in eerste instantie voorzien door de instelling van de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in de herfst van 1945. De regering deed steeds vaker een beroep op dit college; haar aandacht voor de Gezondheidsraad verslapte. Doeners had men nodig, geen denkers.

De voorzitter van de Gezondheidsraad, Brutel de la Rivière, nam ook het voorzitterschap van de Centrale Commissie op zich. Hij kon daardoor minder tijd investeren in de Gezondheidsraad, die bovendien schade ondervond van het feit dat zijn secretariaat zonder enige compensatie ook de Centrale Commissie moest bedienen. Dat secretariaat telde in 1955 nog altijd slechts vijf medewerkers. De onzekerheid over de toekomst van de Gezondheidsraad weerhield de regering ervan het college van de nog immer aanhoudende financiële zorgen te verlossen.

Het dubbel-voorzitterschap van Brutel de la Rivière zal ongetwijfeld hebben bevorderd dat traditionele taken van de Gezondheidsraad, zoals advisering over de uitoefening van de geneeskunde, langzamerhand naar de Centrale Commissie overgingen. Die overheveling viel te rechtvaardigen als uitzuivering van niet-wetenschappelijke activiteiten uit het repertoire van de Raad, maar het college begon daardoor wel aan bloedeloosheid te lijden. Een voor de hand liggende strategie was geweest nieuwe (wetenschappelijke) gebieden te ontginnen, maar - zoals gezegd - de belangstelling voor wetenschappelijke

vraagstukken hield niet over. Bovendien toonden de opeenvolgende voorzitters van de Gezondheidsraad niet de interesse of het vermogen het college nieuwe wegen te doen inslaan.

Jitta had bewezen dat een voorzitter van de Gezondheidsraad niet per se zelf een wetenschapper van naam hoefde te zijn, als hij maar gevoel voor wetenschappelijke ontwikkelingen had en goede onderzoekers kon motiveren aan commissies van de Raad deel te nemen. Aan die vereisten voldeed Jitta vermoedelijk beter dan de drie voorzitters die na hem kwamen. Maar de eerlijkheid gebiedt daaraan toe te voegen dat de vooroorlogse Raad zich geen nieuwe wetenschappelijke taken hoefde te verwerven; Jitta had het wat dat betreft gemakkelijker dan zijn opvolgers. Toch zal ook de persoon van de voorzitters een rol hebben gespeeld bij het in de schaduw blijven van de Gezondheidsraad in de eerste tien jaar na de Tweede Wereldoorlog. Brutel de la Rivière behoorde tot de categorie doeners. 'Wetenschap' was hem niet op het lijf geschreven. Dat laatste gold ook voor zijn opvolger, de uit ambtelijke kring afkomstige Van Luijt. Deze bleef te kort in functie en werd te zeer door ziekte geplaagd, om een stempel op de Raad te kunnen drukken.

Al gememoreerd is dat de Gezondheidsraad taken verloor. Dit was een logisch gevolg van de voortschrijdende institutionalisering van de gezondheidszorg en van de wetenschap. Nieuwe instellingen ontwikkelden zich, elk met eigen ambities en op zoek naar een eigen territoire. De Centrale Commissie voor de Volksgezondheid was niet de enige nieuwkomer. Ook de Gezondheidsorganisatie TNO, opgericht in 1950, meldde zich. Voorbij was de tijd waarin directeuren van instituten belangeloos experimenten deden of lieten doen ten dienste van de Gezondheidsraad. Dergelijk onderzoek werd nog wel verricht, maar dan onder eigen vlag en beschreven in eigen publikaties. De rol van de Raad als coördinator van experimenteel wetenschappelijk onderzoek raakte geleidelijk uitgespeeld. Vermelding verdient verder dat de Voedingsraad zich in 1954 als zelfstandig adviesorgaan afsplitste van de Gezondheidsraad.

Door deze ontwikkelingen daalde de produktiviteit van de Gezondheidsraad. In deze periode bracht het college 156 adviezen uit. Gemiddeld ruim vijftien per jaar, maar dit cijfer is geïnflatteerd omdat één op de drie adviezen op rekening kwam van de Voedingsraad, toen die nog deel van de Gezondheidsraad uitmaakte. Al nam zijn produktiviteit af, zonder invloed was de Gezondheidsraad niet. Meer dan tachtig procent van de adviezen werkte min of meer in het beleid van de overheid door. Dit is niet verwonderlijk als men bedenkt dat de regering doorgaans gericht en zonder bijbedoelingen het oordeel van het college vroeg. De regering was op zoek naar passende suggesties voor de oplossing van reële vraagstukken.

Minister Suurhoff kenschetste de Raad als een college van wetenschappelijke deskundigen. De associatie 'Gezondheidsraad' en 'wetenschap' was vanzelfsprekend geworden. De officiële bevestiging volgde in de Gezondheidswet van 1956. De wettelijke typering van de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviesorgaan berustte overigens niet louter op positieve gronden. De Gezondheidsraad kon in de ogen van regering en parlement slechts behouden blijven door hem een taak te geven waarin hij zich onderscheidde van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de opvolger van de Centrale Commissie. Daarover hoefden de gezagdragers niet lang na te denken. Zij kozen voor bezegeling van een proces dat door Jitta in gang was gezet.

Met enige overdrijving kan men stellen dat besmettelijke ziekten de redding van de Gezondheidsraad betekenden. 'Voeding' verdween van de agenda toen de Voedingsraad op eigen benen kwam te staan en de Centrale Commissie ontfermde zich over zaken die de uitoefening van de geneeskunde betroffen. Te midden van onderwerpen van incidentele aard bleef er voor de Gezondheidsraad één hoofdthema over: de besmettelijke ziekten. Maar ook op dat vlak liep het college niet altijd meer voorop.

De futloosheid van de Gezondheidsraad wordt treffend geïllustreerd door het doen en laten van de Encefalitiscommissie. Vóór de oorlog bood deze het kompas waarop de regering met betrekking tot de pokkenvaccinatie kon varen; na de oorlog hield zij zich lange tijd afzijdig. In juni 1947 kwam de commissie pas weer bijeen, om als mosterd na de maaltijd haar licht te laten schijnen over het in Zuid-Nederland gevoerde beleid naar aanleiding van een epidemie in Luik. Vier jaar later viel de commissie opnieuw stil, niet omdat het encefalitisvraagstuk aan actualiteit inboette, maar wegens ziekte of overlijden van leden. Aanvulling van het ledenbestand bleef uit, mede veroorzaakt door een gebrek aan leiderschap bij de Raad. Het wetenschappelijk zwaartepunt op het gebied van encefalitis verschoof naar

onderzoeksinstituten, naar een commissie van TNO en naar de Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen.

De Encefalitiscommissie wees in meerderheid dwang bij pokkenvaccinatie af. Daaraan zal niet vreemd zijn geweest dat het aantal gevallen van encefalitis dat van lijders aan pokken opnieuw overtrof, ondanks het uitbreken van een pokkenepidemie in Tilburg. Nogmaals, (wijzigingen in) opvattingen over dwang en drang kunnen niet los worden gezien van epidemiologische gegevens. Ook een andere commissie van de Gezondheidsraad, die over BCG-vaccinatie adviseerde, sprak zich tegen dwang uit.

De Gezondheidswet van 1956 bood de Gezondheidsraad een nieuwe kans. Die werd gretig aangegrepen door een nieuwe voorzitter: Wester.

9.7 GROEI: 1955-1966

Onder Wester kwam de Gezondheidsraad tot nieuwe bloei. De produktiviteit steeg. Tussen april 1955 en half november 1966 publiceerde het college 206 adviezen, gemiddeld bijna achttien per jaar. Daarbij moet men bedenken dat het niet langer ging om 'kattelbelletjes', maar om complete wetenschappelijke verhandelingen. Politici begonnen de Raad steeds meer te waarderen. Bijna negentig procent van de adviezen werkte min of meer in het beleid door.

Net als aan de eerder beschreven impasse lagen ook aan de opleving diverse oorzaken ten grondslag. De Gezondheidsraad kon met vertrouwen aan het werk gaan. Het college hoefde immers voorlopig niet meer voor zijn bestaan te vrezen, nu zijn positie en taak in de herziene Gezondheidswet van 1956 waren (her)bevestigd. Daar kwam bij dat de vernieuwing van het stelsel van de gezondheidszorg inmiddels haar beslag had gekregen, waardoor de politieke agenda ruimte voor andere onderwerpen bood. Daartoe behoorden kwesties voortvloeiend uit ontwikkelingen in de snel expanderende medische en biologische wetenschappen. De naar antwoorden en oplossingen zoekende regering herontdekte de Gezondheidsraad. De toenemende welvaart leidde voorts tot stijging van de overheidsuitgaven en daarvan profiteerde ditmaal zowaar ook de Raad. Het in 1955 nog amateuristisch ogende secretariaat van het college groeide binnen tien jaar tijd uit tot een 'bedrijf'. Het aantal medewerkers vervijfvoudigde. Binnen het secretariaat, dat overigens ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid bediende, werd een wetenschappelijke staf gevormd, die vanaf 1958 onder leiding van een algemeen secretaris kwam te staan. Maar een wel heel belangrijke factor voor het succes was de persoon van de voorzitter.

In hoofdstuk 6 werd gewag gemaakt van het profiel dat Muntendam schetste van de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (toen nog Centrale Commissie) annex Gezondheidsraad. Het moest een wetenschapper zijn, maar ook een bestuurder met affiniteit voor organisatorische vraagstukken in de gezondheidszorg. Schapen met vijf poten zijn zeldzaam, maar Wester was er een. Hij leidde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad met verve, inzicht en tomeloze inzet. Evenals de eerdere voorzitters van de Gezondheidsraad kende Wester een wezenlijke rol aan de commissies toe, maar hij zette de zaken veel meer naar eigen hand dan zijn directe voorgangers. Hij was bezielend, overtuigend, doch ook dwingend.

Wester was er de man niet naar om op de achtergrond te blijven. Hij benutte ten volle de bevoegdheden die de wet hem bood. Zo benoemde hij zichzelf in praktisch alle commissies, waarvan hij dan automatisch, volgens een nieuwigheid in de Gezondheidswet van 1956, voorzitter werd. Vóór Wester pleitte dat hij in de commissies niet slechts supporters van zijn eigen standpunten opnam. Hij stelde de commissies, wat betreft wetenschappelijke disciplines en zienswijzen, breed samen. De voorzitter liep daarmee het risico het in een commissie te moeten afleggen tegen 'andersdenkenden', maar hij was niet voor één gat te vangen, zoals twee voorbeelden in hoofdstuk 7 leren. Het ene betreft pokkenvaccinatie - Wester behoorde tot de minderheid die wijziging van het inentingsbeleid afwees -, en het tweede polioinfectie: Wester vond aanvankelijk bij de betrokken commissie geen gehoor voor zijn voorstel het Sabinvaccin in epidemische situaties toe te passen. De Gezondheidswet sluit uit dat commissies zelf hun adviezen aan de regering aanbieden; dat doet de voorzitter van de Raad, op een door hem gekozen tijdstip, begeleid door de al eerder genoemde aanbiedingsbrief. Bij beide commissies paste Wester de tactiek van vertraging van aanbieding van het advies toe, om vervolgens in de brieven te proberen zijn gelijk te halen.

De hand van de voorzitter was ook in ander opzicht voelbaar. Bij het samenstellen van commissies volgde Wester soms een vooropgezette strategie. Evenals zijn voorgangers benoemde hij in commissies in voorkomende gevallen een minderheid van 'vertegenwoordigers' van belanghebbende professionele en maatschappelijke organisaties. Maar hij deed meer. Zo nam hij in de commissie die over kunstmatige inseminatie moest oordelen, geen mensen op die zich al nadrukkelijk voor- of tegenstander van de betreffende bevruchtingsmethode hadden verklaard. En tot de commissie die het vraagstuk van behandeling van transseksuelen in studie nam, liet hij geen deskundigen toe die de betrokken ingrepen hadden toegepast. Voor dit beleid van Wester valt wel wat te zeggen. De meningsvorming over omstreden onderwerpen is dikwijls niet gebaat bij polarisatie (kunstmatige inseminatie) en mensen uit de praktijk brengen in een commissie hun belangen mee (transseksuelen). Nadeel is echter dat een 'afstandelijke' commissie essentiële gegevens en inzichten uit de praktijk dreigt te missen. Dit bezwaar deed zich voor bij het vraagstuk van de transseksuelen, zoals later bleek. Overigens wist Wester een nieuwe generatie van goede wetenschappers voor het werk van de Raad te interesseren. Meer dan zijn directe voorgangers trok hij ook deskundigen uit niet-medische hoek aan.

Wester bepaalde deels ook de inhoud van het werkprogramma van de Gezondheidsraad. De Raad was onder deze voorzitter bepaald geen orgaan dat passief bleef wachten op adviesaanvragen van de regering. Zo werd vanuit de Raad zelf de adviesaanvraag over cariëspreventie ontworpen en roerde Wester zich in het interdepartementale overleg dat tot een adviesaanvraag over kunstmatige inseminatie leidde. Het college, lees: Wester, begon - zij het nog bescheiden - aan 'acquisitie' te doen. Dat moet niet alleen geduid worden als een zucht tot zelfbehoud en ontplooiing. De medische en biologische wetenschappen kwamen in een stroomversnelling terecht, en taak en positie van de Gezondheidsraad maakten dit orgaan geschikt de consequenties van nieuwe ontwikkelingen te signaleren en te verkennen. Die signalering hield ook in dat de Raad er, sinds de periode-Wester, een gewoonte van ging maken de regering te wijzen op onderwerpen die in de nabije toekomst politieke en maatschappelijke meningsvorming zouden vergen. Wester beïnvloedde nog op andere wijze de inhoud van het werkprogramma van de Gezondheidsraad. Door het dubbel-voorzitterschap kon hij onderwerpen tussen de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid verdelen en gaf hij gestalte aan de door de Gezondheidswet beoogde afbakening: respectievelijk wetenschappelijke en maatschappelijke advisering. Tussen beide taakgebieden bestond (en bestaat) echter een overgangszone, waarover de zeggenschap naar bevind van zaken aan het ene of het andere college kon worden toegewezen. Zo bracht Wester de advisering over de organisatie van de tuberculosebestrijding, een deels niet-wetenschappelijk vraagstuk, onder bij de Gezondheidsraad. Waarschijnlijk speelden daarbij historische (de Raad boog zich al eerder over dit vraagstuk) en pragmatische (de Raad moest toch al over de tuberculosebestrijding adviseren) redenen een rol. De competentievraag werd in dit geval niet gesteld door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die daartoe met Wester als voorzitter weinig neiging voelde, maar door het Staatstoezicht. In een later stadium ging de taak om over de organisatie van de bestrijding van tuberculose te adviseren toch naar de Centrale Raad over. Dit is weer een voorbeeld van een activiteit die door de Gezondheidsraad tot ontwikkeling werd gebracht om vervolgens door een andere instantie te worden overgenomen.

Wester besteedde ook aandacht aan de nazorg van uitgebrachte adviezen. Zijn uitstekende contacten met de directeuren-generaal Muntendam en Kruisinga droegen ertoe bij dat de publikaties van de Gezondheidsraad niet in een bureaula verdwenen. Wester liet trouwens ook om andere redenen zijn gezicht geregeld op het departement zien. Hij geloofde in 'overlegadvisering', om een parafrasering van het in Nederland zo vertrouwde concept 'overlegeconomie' te gebruiken. Maar dan wel overleg dat uitmondde in de door hem gewenste conclusies.

De Gezondheidsraad stond nu definitief als wetenschappelijk adviescollege te boek. Wetenschappelijke argumenten voerden de boventoon, maar dat wil niet zeggen dat de deskundigen in de commissies geheel ongevoelig voor andersoortige overwegingen waren. Zo hield de commissie die over het verband tussen roken en longkanker rapporteerde zich in, om tweespalt en kritiek, die de haalbaarheid van haar aanbevelingen konden verzwakken, te voorkomen.

In het werkprogramma van de Raad in deze periode bleef preventie van besmettelijke ziekten en, in toenemende mate, van niet-besmettelijke aandoeningen een hoofdrol spelen (vaccinatie, jodering van brood en zout, drinkwaterfluoridering, ontmoediging van roken). Daarnaast kregen vijf naoorlogse, elkaar hier en daar overlappende ontwikkelingen hun vertaling in het programma: de vooruitgang in de klinische

geneeskunde, met als voorbeelden kunstmatige inseminatie en operaties bij transseksuelen; de hernieuwde belangstelling voor het milieu, zij het nog niet verder reikend dan tot humaan-toxicologische vraagstukken; de vreedzame toepassing van kernenergie; de groeiende behoefte aan gezondheidsstatistiek; en de opkomst van de medische ethiek. Over deze ontwikkelingen valt veel te zeggen, maar commentaar blijft hier beperkt tot twee ervan: toepassing van kernenergie en medische ethiek.

Vóór de Tweede Wereldoorlog hield de Raad zich al met stralingshygiëne bezig. Dit werkterrein werd uitgebreid toen het gebruik van kernenergie in zwang kwam. In internationaal verband, en ook in ons land, werd het beleid met betrekking tot de vreedzame toepassing van kernenergie gebaseerd op de uitkomsten van zich koortsachtig uitbreidend wetenschappelijk onderzoek. Als vanzelfsprekend kreeg de Gezondheidsraad van de regering het verzoek de advisering over humaan-toxicologische aspecten voor zijn rekening te nemen. De regering wilde zelfs meer dan dat: zij vroeg het college ook te adviseren over vergunningsaanvragen van instellingen waar kernenergie werd toegepast. De Raad kweet zich enthousiast van deze beleidsmatige taak, zonder zich al te zeer te bekommeren om de grenzen van de wetenschap. In publikaties over stralingshygiënische onderwerpen spraken commissies van de Raad over *normen*, waar - gezien de wettelijke taak van het college - het woord *advieswaarden* beter op zijn plaats was geweest.⁵ Dit is niet een semantische kwestie; de betrokken commissies gingen ervan uit dat hun woord wet werd. In de praktijk vertaalde de regering de aanbevelingen van de Gezondheidsraad inderdaad vaak rechtstreeks in beleid.

Het woord 'ethiek' begon aan een opmars in het taalgebruik, maar nu gekoppeld aan 'medisch'. Men ging medische ethiek zien als een discipline binnen de medische wetenschap. De regering twijfelde niet langer of medisch-ethische onderwerpen op de agenda van de Gezondheidsraad thuishoorden; zij ging daar in haar adviesaanvragen vanuit, zoals het voorbeeld van kunstmatige inseminatie toont. Maar voorlopig was 'ethiek' voor commissies van de Gezondheidsraad niet meer dan een frase om hun pleidooien kracht bij te zetten. Zonder al te veel argumentatie werden zaken als BCG-vaccinatie en de Sabin-methode ethisch verantwoord verklaard.

Er viel op het vlak van de medische ethiek enige competitie te bespeuren tussen de Raad en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Zij waren niet zonder meer elkaars bondgenoten. Grote spanningen bleven evenwel uit en, zonder zich aan elkaar te verplichten, stemden de twee organisaties hun activiteiten onderling af, om dubbel werk en conflicterende standpunten te voorkomen.

Een van de eerste Gezondheidsraadsadviezen met (ook) een expliciet medisch-ethische invalshoek richtte zich op kunstmatige inseminatie. De geschiedenis van dit onderwerp, met inbegrip van het desbetreffende rapport van de Raad, is ook om een andere reden van belang: zij illustreert enerzijds de wens, anderzijds het onvermogen van politici, maar soms ook wetenschappers, om nieuwe medische technologieën te weren. Parlementariërs van christelijke huize drongen aan op een wettelijk verbod van kunstmatige (donor)inseminatie en zij vreesden dat inschakeling van de Gezondheidsraad in uitstel, en vervolgens in afstel, van wetgeving zou resulteren. Minister Samkalden gebruikte de Raad echter niet als 'parkeerplaats'; hij wenste nadere studie omdat hij ervan overtuigd was dat de zaak niet rijp was voor behandeling door de wetgever. De huiver onder politici voor kunstmatige inseminatie werd gedeeld door de betrokken commissie van de Gezondheidsraad, die echter een wettelijk verbod niet zag zitten. Gezien de zegetocht van kunstmatige inseminatie over de hele wereld valt achteraf niet aan te nemen dat zo'n verbod soelaas had geboden. Nadat de Gezondheidsraad zijn werk had gedaan, kwam een staatscommissie aan zet. Deze bezegelde in zekere zin wat de commissie van de Raad had aanbevolen.

In de 'periode-Wester' verloor de pokkenvaccinatie niet aan actualiteit. Encefalitis eiste nog altijd dodelijke slachtoffers. Een meerderheid van een commissie van de Gezondheidsraad pleitte er daarom voor inenting van zuigelingen te vervangen door verplichte (her)inenting van leden van bepaalde risicogroepen. Daarmee zou de Inentingswet komen te vervallen. De regering schoof een beslissing voor zich uit, ook al omdat de betrokken commissie sterk verdeeld was.

De geschiedenis van de pokkenvaccinatie was van invloed op uitspraken van de Raad over een ander onderwerp: preventie van polio. De regering honoreerde de herhaalde aanbeveling van het college te kiezen voor het ongevaarlijke Salkvaccin. Het Sabinprodukt werd op advies van de Raad alleen in epidemische situaties toegepast. Deze gedragslijn was opmerkelijk, omdat men in het buitenland vrijwel

overal de voorkeur gaf aan Sabinvaccin. De Nederlandse keuze valt vooral te verklaren uit de door de ervaringen met pokkenvaccinatie gevoede vrees dat de complicaties die het Sabinprodukt sporadisch veroorzaakte, het beleid in diskrediet konden brengen.

Commissies van de Raad adviseerden in dit tijdperk geregeld tot uitoefening van dwang. De pokkenvaccinatie bij leden van risicogroepen werd al genoemd. Andere voorbeelden zijn: verplicht onderzoek op tuberculose onder schoolgaande kinderen en onder patiënten voorafgaand aan opname in het ziekenhuis, toevoeging van jodium aan brood en zout en van fluoride aan drinkwater. In het laatste geval ging het in feite om drang, omdat de desbetreffende commissie aanbeval aan gemoedsbezwaarden fluoridevrij drinkwater ter beschikking te stellen. In politieke kring groeide de weerstand tegen uitoefening van dwang. Zo wees de regering de genoemde aanbevelingen met betrekking tot tuberculose af. Minder bezwaar leek zij in deze jaren toe te kennen aan de toepassing van dwang, dan wel drang, bij de preventie van krop en cariës. Wellicht speelde mee dat het ongemerkt innemen van jodium en fluoride subjectief anders werd gewaardeerd dan het expliciet ondergaan van een medische interventie, zoals bij vaccinatie en tbc-diagnostiek.

In één geval opteerde een commissie van de Raad voor vrijwilligheid in plaats van dwang, namelijk bij poliovaccinatie. Dat lijkt niet te rijmen met het advies over pokkenvaccinatie, maar de achtergronden waren verschillend. De inenting van kinderen tegen polio zou worden opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma, dat al goed liep zonder dat er sprake was van dwang, terwijl bij pokkenvaccinatie volwassen leden van risicogroepen bereikt zouden moeten worden buiten de routine van een breed geaccepteerd programma.

Directeur-generaal van de Volksgezondheid Muntendam verwoordde een belangrijke overweging van de overheid om af te zien van het opleggen van dwang aan burgers om tuberculosediagnostiek te ondergaan, toen hij stelde dat met een systeem gebaseerd op vrijwilligheid in Nederland ook goede resultaten konden worden geboekt. Met andere woorden, hij zette een vraagteken bij de extra effectiviteit van uitoefening van dwang. Of Muntendam in dit geval gelijk had of niet, hij stipte een veronachtzaamd punt aan: uitoefening van dwang is te beschouwen als een interventie, die evenals andere (medische) interventies, op doeltreffendheid hoort te worden onderzocht.

De bel voor de volgende ronde voor een debat over het stelsel van gezondheidszorg luidde in 1966, toen minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels de Volksgezondheidsnota presenteerden. Dit stuk typeerde de Gezondheidsraad als een uiterst waardevol college. Wester kon met voldoening terugzien op zijn voorzitterschap van de Gezondheidsraad.

9.8 VERBREIDING VAN HET DRAAGVLAK: 1966-1985

Wester had op eigenzinnige wijze de Gezondheidsraad uit het slop gehaald. Toen het eenmaal zo ver was, groeide de behoefte aan structurele aanpassingen binnen de Raad, om de positie van het college op het immer complexer wordende speelveld van de gezondheidszorg te kunnen consolideren en versterken. Daarvoor was een andere stijl van leidinggeven nodig. Haex werd de architect van de Gezondheidsraad in de huidige opzet. Hij zorgde voor verbreding van het wetenschappelijk en organisatorisch draagvlak van het college. Zijn opvolger, Stuyt, bracht koerscorrecties aan, maar liet op hoofdlijnen de door Haex gerealiseerde structuur intact.

Minister Veldkamp vond bij het afscheid van Wester de tijd gekomen om de voorzitterschappen van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad te scheiden. Daar viel wat voor te zeggen. De twee colleges, zo verschillend van elkaar, waren drukke organisaties geworden. Minder voor de hand lag de beslissing van de bewindsman om van het voorzitterschap van de Gezondheidsraad een deeltijd-functie te maken. Veldkamp gaf twee redenen voor zijn besluit.

Allereerst zou werken in deeltijd beletten dat de voorzitter een te dominante invloed op de Raad kreeg. Dit merkwaardige argument betekende in feite een ontkrachting van de Gezondheidswet, die juist wél uitging van een sterk dominante positie van de voorzitter. De macht die de overheid met de ene hand genomen had, wilde Veldkamp kennelijk met de andere deels terugnemen.

In de tweede plaats wilde de minister dat de voorzitter van de Gezondheidsraad een groot deel van zijn tijd actief in de patiëntenzorg bleef, om geen kloof te laten ontstaan tussen theorie (de adviezen) en praktijk. Ook bij dit argument valt een kanttekening te plaatsen. Wetenschappelijk inzicht lijkt voor een voorzitter van de Gezondheidsraad belangrijker dan actuele klinische ervaring. De keuze van Velkamp voor een klinicus deed wél recht aan het feit dat de klinische geneeskunde een groot bestanddeel van het werkprogramma van de Gezondheidsraad begon uit te maken. De benoeming van een klinicus droeg er bovendien toe bij dat wetenschappelijk geïnteresseerde artsen de Raad gingen beschouwen als 'hun' adviesorgaan, dit ondanks de voortgaande instroom van andere academici in het ledenbestand. Deze identificatie bleek sterk in de discussies over de opvolging van Haex en Stuyt.

Haex kon zijn part-time voorzitterschap alleen maar inhoud geven door met ongekende inzet een enorm aantal overuren te maken. Bovendien schiep hij zich binnen de Raad een structuur om steun te krijgen bij de uitoefening van zijn functie. Dit 'bouwwerk' omvatte het College van Advies en Bijstand (CAB) en beraadsgroepen (inclusief filosofiecommissies) op het vlak van infectieziekten, stralingshygiëne, toxicologie, ethiek en recht, genetica en huisartsgeneeskunde. Het belangrijkste motief van Haex om deze bijzondere commissies in te stellen was overigens de verbreding van het draagvlak die ervan uitging. De Gezondheidswet belast de voorzitter van de Gezondheidsraad met grote verantwoordelijkheden. Haex wenste deze tot op zekere hoogte te delen met door hem uit het ledenbestand van de Raad gekozen personen. De woorden 'tot op zekere hoogte' geven aan dat Haex, conform de wet, verantwoordelijk wilde blijven en ook daadwerkelijk bleef. De voorzitter raadpleegde het CAB en de beraadsgroepen over de wijze van behandeling van adviesaanvragen, de samenstelling van commissies - met als essentieel criterium: veelzijdigheid van inzichten en disciplines -, de inhoud van de door de 'gewone' commissies opgestelde concept-adviezen, en de teneur van de door hem te schrijven aanbiedingsbrieven. Het CAB consulteerde hij in het bijzonder over kwesties betreffende het reilen en zeilen van de Raad en over medische onderwerpen die niet op het werkkterrein van de beraadsgroepen lagen.

Het creëren van deze structuur had grote voordelen. Haex had niet de tijd en ook niet de wens om, in navolging van zijn voorganger, zelf in vrijwel alle gewone commissies - zo'n veertig tot vijftig per jaar - zitting te nemen. Het CAB en de beraadsgroepen boden hem een instrument om toch greep te houden op de commissies en om zijn wettelijke taken te kunnen waarmaken. De verbreding van het draagvlak versterkte verder de al eerder genoemde identificatie van wetenschappelijke deskundigen - niet alleen medici - met de Gezondheidsraad. Ook een andere maatregel van Haex, verdubbeling van het ledenbestand van de Raad, droeg daaraan bij.

De verbreding van het draagvlak had verder tot gevolg dat de 'buitenwereld' niet alleen met de voorzitter maar ook met diens achterban, vooral het CAB, te maken kreeg. Dat uitte zich speciaal toen de opvolging van respectievelijk Haex en Stuyt aan de orde kwam. De benoeming van een nieuwe voorzitter had daarmee meer voeten in de aarde dan in vroeger jaren. Dit tekent overigens het prestige dat de Raad inmiddels uitstraalde: voor het voorzitterschap bestond heel wat meer interesse dan vlak voor en direct na de Tweede Wereldoorlog.

Maar aan de structuur kleefde ook een bezwaar: door de inschakeling van het CAB en de beraadsgroepen voorafgaand aan de instelling van commissies en later, bij het naderende eind van de rit, duurde het opstellen van adviezen langer dan vroeger gebruikelijk was. Enkele adviezen verschenen te laat om invloed op het beleid te kunnen uitoefenen.

De leemte in de dagelijkse leiding van de Gezondheidsraad die samenhang met het part-time voorzitterschap, probeerde Haex op te vullen via de algemeen secretaris, die hij oorspronkelijk als zijn plaatsvervanger en wetenschappelijk adviseur zag. De zienswijze van Haex dat de algemeen secretaris de wetenschappelijke gang van zaken op het secretariaat met gezag moest kunnen coördineren, betekende wel een breuk met het verleden. Wester zorgde zelf voor die coördinatie en hij en zijn voorgangers verwachtten van de secretarissen niet dat deze, los van de commissies, eigen wetenschappelijke inzichten en vaardigheden bezaten. Veel ervaring met de functie van algemeen secretaris, pas erkend in 1958, bestond er bovendien niet. De soort functionaris die Haex voor ogen stond, was daarom niet ogenblikkelijk beschikbaar. Na voor Haex teleurstellende ervaringen met enkele algemeen secretarissen raakten de verhoudingen tussen hem en een deel van het secretariaat verstoord, waarbij ook de vraag in het geding was wie 'hoofd van dienst' op het secretariaat was: de voorzitter, zoals Haex stelde, of de algemeen

secretaris. Een oplossing voor de gerezen problemen kwam tijdens de ambtsperiode van Haex nog niet tot stand.

Na Haex trad Stuyt aan. Stuyt werd beschouwd als tussenpaus, maar hij ontpopte zich tot een gewaardeerd voorzitter, die een aantal scherpe kanten wegsleep zonder het wezen van de Raad aan te tasten. Gezien de boven geschetste voordelen besloot hij de door Haex gecreëerde interne structuur van de Raad op hoofdlijnen te handhaven. Wel bracht hij veranderingen aan waar hij vond dat een en ander te ver was doorgeschoten. Zo meende hij dat het CAB zich te veel tot een soort dagelijks bestuur had ontwikkeld. Stuyt zag het CAB eerder als een beraadsgroep en hij nam stappen om die visie te verwezenlijken. Hij verhoogde de efficiëntie binnen de Raad door commissies te verkleinen en procedures te bekorten. Resultaat was de gewenste versnelling in het uitbrengen van adviezen. Stuyt kwam een vruchtbare taakverdeling met een nieuwe algemeen secretaris overeen: eerstgenoemde richtte zich op de commissies en op de 'buitenwereld', terwijl laatstgenoemde meer aandacht besteedde aan de gang van zaken binnen het secretariaat, waarbij hij informeel fungeerde als 'hoofd van dienst'.

De Gezondheidsraad bleef onder Haex en Stuyt een productief orgaan, met respectievelijk zo'n 19 en 33 uitgaven gemiddeld per jaar. Een groot deel van de adviezen die onder Stuyt werden uitgebracht betrof afrondingen van onder Haex gestarte activiteiten. Het effect van de publikaties van de Raad op het overheidsbeleid was onverminderd groot: bijna negentig procent ervan miste zijn uitwerking niet - de adviezen over voedseldoorstraling niet meegeteld -, al nam de regering lang niet alle aanbevelingen uit elk advies letterlijk over. Wat de advisering over klinische geneeskunde betreft, kreeg het college stevige voet aan de grond doordat het werd ingeschakeld in de procedures voortvloeiend uit artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Sommige adviezen van de Raad resulteerden in wetgeving; een voorbeeld betreft homoseksuele relaties met minderjarigen.

Ook in deze periode werd het functioneren van de adviesorganen weer gewogen, de Gezondheidsraad zelfs twee maal. Beide keren bevond de regering de Raad zwaar genoeg. Het doorlichten van adviesorganen was geen nodeloze exercitie; de lijst van landelijke adviescommissies en -raden op het gebied van de volksgezondheid telde midden jaren tachtig maar liefst 34 gezelschappen.⁶ Dat grote aantal wakkerde de concurrentie tussen adviesorganen aan en strategisch beleid was noodzakelijk om het voortbestaan te kunnen garanderen. Haex weerde zich geducht in die strijd, met de steun van het CAB in de rug. Hij bevorderde de onafhankelijkheid van de Gezondheidsraad door een scheiding te forceren in de secretariaten van zijn college enerzijds en de Centrale (later: Nationale) Raad voor de Volksgezondheid anderzijds. Haex bewaakte het taakgebied van de Gezondheidsraad, wat onder meer bleek uit zijn geslaagde protest tegen het passeren van de Raad in de advisering over euthanasie. De Gezondheidsraad kwam eerst aan zet en daarna pas een staatscommissie. Dit is trouwens de enige keer in de geschiedenis van de Gezondheidsraad dat een staatscommissie openlijk als bedreigend werd ervaren.

Haex en Stuyt zorgden voor verdere profilering van de Gezondheidsraad als wetenschappelijk college. Wetenschappers van naam en faam vermeldden in hun curriculum vitae hun lidmaatschap van de Raad. De voorzitters gingen door met het al eerder aangevangen proces van uitzuivering van niet-wetenschappelijke taken uit het pakket van de Raad. De beoordeling van vergunningsaanvragen van instituten werkend met kernenergie ging over naar het ministerie van Sociale Zaken. De beoordeling van aanvragen voor voedseldoorstraling en voor toepassing van sera en vaccins bleven daarentegen (nog) berusten bij de Gezondheidsraad.

Haex en Stuyt hadden oog voor de noodzaak van 'acquisitie' van nieuwe activiteiten en taken voor de Raad. Zij voerden geregeld overleg met de directeuren-generaal van volksgezondheid en milieuhygiëne over mogelijke adviesonderwerpen, waarbij suggesties vaak uit de koker van het CAB en de beraadsgroepen kwamen, die bij hun instelling de opdracht hadden gekregen relevante ontwikkelingen in de wetenschap te signaleren. Ongeveer de helft van de adviesaanvragen werd aangedragen, en daadwerkelijk geconcipeerd, vanuit de Raad. Het feit dat staatssecretaris Kruisinga een medicus was, was vermoedelijk ook niet vreemd aan de goede vulling van de orderportefeuille van het college. In genoemd overleg met de directeuren-generaal kwamen ook de 'nazorg' van uitgebrachte adviezen en allerlei kwesties van strategische aard aan de orde.

De onder Wester al bespeurbare wijziging in de verhouding tussen onderdelen van het werkprogramma van de Gezondheidsraad zette zich nadien voort. Niet-besmettelijke aandoeningen (met als belangrijkste nieuwkomers: hart- en vaatziekten, nierziekten en aangeboren en erfelijke aandoeningen) rukten op de agenda van het college op, evenals vraagstukken met een sterk ethische en juridische lading. In de laatste groep onderwerpen komen we, naast de oude bekenden voortplanting en transplantatie, ook euthanasie, abortus en de problematiek van foetaal weefsel tegen. Deze vraagstukken kwamen op het bord van de Raad vanwege de politieke actualiteit, maar ook omdat het college zelf interesse toonde, zoals genoemd voorbeeld van euthanasie aangeeft. Besmettelijke ziekten bleven op de rol staan en kregen nieuwe aandacht na de ontdekking van AIDS. Preventie bleef hoog scoren, waarbij naast min of meer beproefde methoden als vaccinatie, voorziening van jodium en fluoride en collectieve voorlichting - onder de nieuwe naam gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) - nu ook bevolkingsonderzoek en erfelijkheidsvoorlichting een plaats kregen. Hoogwaardige klinische diagnostiek en therapie wonnen aanzienlijk aan betekenis, waarbij ontwikkelingen in klinisch-wetenschappelijk onderzoek op de voet werden gevolgd. De Gezondheidsraad adviseerde de regering over plannen tot invoering en spreiding van dit soort voorzieningen, met als effect dat aan de ambities van artsen en ziekenhuizen zekere grenzen werden gesteld. Toxicologie, een groeiend aandachtsgebied in politiek, samenleving en wetenschap, werd uitgebreid met ecologie: niet altijd stond de mens meer centraal in de beschouwingen van commissies van de Raad. De belangstelling voor stralingshygiëne verflauwde niet.

De geschiedenis van advisering over pokkenvaccinatie kwam tot een eind. Aanvankelijk hield de Raad nog vast aan vaccinatie van zuigelingen om de kans op encefalitis te beperken en omdat een beperkter inentingsbeleid tot een te groot verlies van bescherming tegen pokken onder de bevolking zou kunnen leiden. Zoals zo vaak op dit gebied, volgde de regering de aanbevelingen trouw. Het doek voor de pokkenvaccinatie viel in 1975, toen de regering de Inentingswet introk. Zij deed dat op grond van het laatste advies van de Raad over dit vraagstuk, uit 1974, waarin de desbetreffende commissie concludeerde dat het pokkengevaar in de wereld inmiddels zodanig bezworen was, dat het nadeel van inenting - het risico van hersenontsteking - was gaan overheersen.

De Gezondheidsraad hield vast aan de opvattingen over toepassing van dwang en drang die onder Wester werden verwoord: dwang bij pokkenvaccinatie (leden van risicogroepen) en jodiumvoorziening, drang bij fluoridering van drinkwater, vrijwilligheid bij poliovaccinatie. De weerstanden in de samenleving tegen dwang en drang groeiden. De regering werd gedwongen af te zien van fluoridering van drinkwater en zij verloor door gerechtelijke uitspraken haar greep op de jodiumvoorziening.

10 DE GEZONDHEIDSRAAD IN PERSPECTIEF

Deze studie heeft tot doel de geschiedenis van de (Centrale) Gezondheidsraad op hoofdzaken te beschrijven. Op hoofdzaken, omdat het te ver gegrepen zou zijn al het voorgaande uit te diepen, terwijl het uitgesloten was recht te doen aan alle onvermeld gebleven gegevens uit de onmetelijke rij archiefstukken. De (Centrale) Gezondheidsraad biedt voor de toekomst een onuitputtelijke bron voor nader onderzoek.

De bedoeling van dit afsluitende hoofdstuk is niet het geheel nog eens samen te vatten, maar om enkele typerende lijnen in de geschiedenis van de Raad te schetsen en, voor zover relevant en mogelijk, door te trekken naar het heden. Daarbij is gekozen voor een groepering van de onderwerpen in vier paragrafen: ontwikkeling van taak, positie en werkprogramma van het college; stand van de wetenschap; invloed en aanzien; en tot slot: de Gezondheidsraad als enige in zijn soort, ook gelet op de situatie in het buitenland.

10.1 ONTWIKKELING VAN TAAK, POSITIE EN WERKPROGRAMMA

De huidige Gezondheidsraad is een vast college van advies, met als taak de regering voor te lichten over de stand van wetenschap op het gebied van de volksgezondheid en de milieuhygiëne. Die taak is niet zo maar uit de lucht gevallen; er is een ontwikkeling aan voorafgegaan. Formele mijlpalen in die ontwikkeling zijn de Gezondheidswetten van 1901, 1919 en 1956. De Centrale Gezondheidsraad, opgericht in 1902, moest zowel adviseren als besturen. Zijn opvolger, de Gezondheidsraad, kreeg in de wet van 1919 een beperktere opdracht: alleen adviseren, maar het adviesterrein was in principe onbegrensd. De wet van 1956 karakteriseerde de Gezondheidsraad als wetenschappelijk adviesorgaan. Wat bepaalde deze ontwikkelingsgang? Het lijkt erop dat de regering de Raad steeds verder terugdrong. De werkelijkheid is complexer: de Raad opteerde ook zelf voor deze specialisering.

De wortels van de ontwikkeling liggen in de vorige eeuw. Het volksgezondheidsbeleid in Nederland was toen, op papier, een zaak van de lokale overheden. De inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht spoorden de plaatselijke bestuurders vaak tevergeefs aan de volksgezondheid te bevorderen. De staat hield zich afzijdig. Het links-liberale kabinet-Pierson (1897-1901) brak met deze 'laissez-faire' politiek. In samenspraak met de radicaal-hygiënisten ontwierp minister van Binnenlandse Zaken Goeman Borgesius de Gezondheidswet van 1901. Van belang hier is dat die wet de bakermat van de Centrale Gezondheidsraad vormde. De Raad kreeg een gemengde, veelomvattende missie. In feite ging het college als een soort extern departement functioneren. Hij moest, onafhankelijk van de betrokken minister, het Staatstoezicht leiden en bovendien de regering van adviezen voorzien. De reikwijdte van die adviezen was onbegrensd; het ging om veel meer dan wetenschappelijke kwesties.

Waarom koos de regering voor genoemde constructie en niet voor een andere benadering om het volksgezondheidsbeleid vorm en inhoud te geven? Instelling van de Raad als een van de minister onafhankelijk orgaan ontmoette geen kritiek in politieke kring. Alternatieven als versterking van het departement zelf of plaatsing van nieuwe instanties, zoals de Raad, onder direct ministerieel gezag werden nauwelijks overwogen. Vreemd was dat niet, want de regering zag overheid en maatschappij als elkaar aanvullend en in elkaar overvloeiend. De Centrale Gezondheidsraad bestond uit overheidsdienaren (de hoofdinspecteurs) en 'particuliere' deskundigen. Daar kwam bij dat de rijksoverheid nog niet over voldoende deskundige ambtenaren beschikte om de leidsels in eigen hand te kunnen nemen. Het lag daarom voor de hand een beroep te doen op deskundigen, uit hygiënistische kring, die maar al te graag de handschoen opnamen.

Van het begin af aan werd de Centrale Gezondheidsraad gezien als een college van (wetenschappelijke) deskundigen - inclusief de hoofdinspecteurs -, ondanks het feit dat de taakstelling de grenzen van de wetenschap ver te buiten ging. Men maakte zich nog niet druk over de vraag waar wetenschappelijke argumenten eindigen en maatschappelijke overwegingen beginnen.

De Centrale Gezondheidsraad kon de overspannen verwachtingen niet waarmaken. De regering had het college opgescheept met onduidelijkheden en bestuurlijk onzuivere constructies en zij hield bovendien de hand op de knip van de overheidsportemonnee. De verhoudingen binnen de Raad en tussen

de Raad en de regering raakten verstoord. De emanciperende rijksoverheid begon het college als een obstakel te zien. Geen wonder, dat de Centrale Gezondheidsraad niet tot ontplooiing kwam. De Raad faalde als bestuursorgaan, maar het adviseren ging hem beter af. De regering besloot uiteindelijk, op grond van dit alles, het college in zijn taken te beknotten.

In 1919 viel het doek voor de Centrale Gezondheidsraad. Het tweeslachtige orgaan maakte plaats voor de Gezondheidsraad. De regering trok de bestuurstaak naar zich toe en wat voor de Raad resteerde was de adviestaak. Dat de Gezondheidsraad een adviesorgaan werd, was dus eerder het resultaat van een aftreksom dan van een principiële keus. Het adviesterrein van de Gezondheidsraad kende toen nog geen grenzen; het college mocht zich uitspreken over zowel wetenschappelijke als maatschappelijke kwesties. De Raad bestond uit wetenschappelijke deskundigen en vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke organisaties. Voorzitter Jitta zette laatstgenoemden echter goeddeels buitenspel. Op eigen gezag, zonder aandrang van de regering, profileerde hij de Gezondheidsraad tot een wetenschappelijk adviesorgaan, al schuwde hij niet ook maatschappelijke kwesties in behandeling te nemen.

Dertig jaar later wist niemand beter, of de Gezondheidsraad was bedoeld een wetenschappelijk adviesorgaan te zijn. De noodzaak van vernieuwing van de gezondheidszorg bracht de regering er kort na de Tweede Wereldoorlog toe steun te zoeken bij professionele en maatschappelijke groeperingen. De behoefte aan een maatschappelijk adviesorgaan, waar representanten van overheid en samenleving elkaar konden ontmoeten en zaken doen, groeide. De Gezondheidsraad was voor dat doel ongeschikt en bovendien was hij in vergetelheid geraakt. De regering stelde de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid in, de voorloper van achtereenvolgens de Centrale, en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De Gezondheidsraad mocht bij de gratie van de regering blijven bestaan, waarbij hij een taak kreeg toebedacht die duidelijk onderscheiden was van die van het maatschappelijk adviesorgaan. De zelfgekozen specialisatie van de Gezondheidsraad - wetenschappelijke advisering - bood uitkomst. De Gezondheidswet van 1956 erkende de Gezondheidsraad formeel als wetenschappelijk adviescollege. Het uit de weg gaan van het vervelende besluit de Raad op te heffen leek daarbij belangrijker dan de behoefte aan wetenschappelijke adviezen.

De regering zou haar beslissing om de Gezondheidsraad te handhaven niet betreuren. Razendsnelle ontwikkelingen in de medische en biologische wetenschappen stelden de regering voor vragen, die zij kon voorleggen aan een parate instantie: de Gezondheidsraad.

De beperking van de taak van de Gezondheidsraad tot wetenschappelijke advisering werd door de opeenvolgende voorzitters niet gezien als degradatie - hoewel het dat eigenlijk wel was - maar als promotie. Zij modelleerden, elk op eigen wijze, de Raad verder tot een wetenschappelijk college. Niet-wetenschappelijke taken, zoals het beschikken over vergunningsaanvragen (kernenergiecentrales, voedseldoorstraling), werden afgestoten en tegen uitbreiding van het takenpakket met niet-wetenschappelijke taken werd protest aangetekend. De regering opperde in 1988, in reactie op het rapport van de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (commissie-Dekker), dat de adviestaak van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid naar de Gezondheidsraad moest worden overgeheveld. Daar kwam het niet van, mede omdat de Presidiumcommissie van de Raad liet weten niets voor de suggestie te voelen. Zij schreef:

'Uit diverse uitspraken van kabinet, individuele bewindslieden en adviesinstanties (...) blijkt dat advisering door de Gezondheidsraad in een behoefte voorziet. Deze politieke waardering houdt echter het mogelijke gevaar in dat de Raad ook te hulp wordt geroepen bij het oplossen van vraagstukken die buiten zijn wettelijk werkterrein vallen. Wij bepleiten dat de taakstelling van de Raad met zorg bewaakt blijft. In de beperking toont zich immers de meester. De Gezondheidsraad is een wetenschappelijk adviesorgaan. Zelfs als de term 'wetenschap' (...) ruim wordt genomen (niet alleen strikt medische wetenschappen), dan nog is de Raad niet het aangewezen orgaan om te adviseren over politiek-bestuurlijke kwesties met betrekking tot de uitvoering van het beleid. Wij stellen vast dat de leiding van de Raad deze zienswijze deelt en daarnaar handelt. In deze visie past niet dat de Gezondheidsraad hem wezensvreemde adviserende taken van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid overneemt.'¹

Dat alles laat onverlet dat er tussen wetenschappelijke advisering enerzijds en maatschappelijke advisering anderzijds geen vaste demarcatielijn valt te trekken. Er is een overgangszone, die onvermijdelijk soms

betreden moet worden. Dat vereist balanceren, als een danser op een slap koord. Hoe de Raad zijn evenwicht probeerde te houden, wordt nader beschreven in paragraaf 10.2.

De Gezondheidsraad mocht dan, eerst informeel en later formeel, een wetenschappelijk adviescollege zijn, dat betekende niet dat hij zich in een ivoren toren kon of wilde opsluiten. Vóór 1956 werd zijn voortbestaan geregeld bedreigd. Ook nadien is nog wel eens gesproken over opheffing van de Raad in zijn huidige vorm, maar het prestige van het college werd geleidelijk zo groot, dat hij zich zonder al te veel moeite kon handhaven. Wel moest de Gezondheidsraad ook na 1956 beducht zijn voor afkalving van zijn werkterrein. In het voorgaande viel enkele malen de uitdrukking 'strategisch gedrag'. De Raad, en met name zijn voorzitters, volgden strategieën om het college te beschermen tegen taakuitdijning en om wegvallende taken te kunnen vervangen door nieuwe. Het werkterrein van de Centrale Gezondheidsraad was onmetelijk. De bestuurstaak kwam te vervallen, maar ook in de adviestaak moest het college veren laten. Een belangrijke reden was het feit dat de rijksoverheid emancipeerde en dat het aantal en de omvang van de ministeries toenam. Elke minister, elk ministerie wilde beschikken over eigen adviseurs. Zo verdween de volkshuisvesting van de agenda van de Gezondheidsraad. De Raad verloor geleidelijk ook taken door de voortschrijdende institutionalisering binnen de gezondheidszorg. Alle instituties ijverden voor een eigen terrein, wat ten koste kon gaan van het arbeidsterrein van de Gezondheidsraad. Een voorbeeld is het sturen en coördineren van wetenschappelijk onderzoek in de diverse 'public health' instituten in ons land. Toen de wetenschap zich ontwikkelde tot een internationaal bedrijf met grote belangen, verloor de Raad grotendeels zijn greep op het onderzoek. De Gezondheidsraad zag voorts zijn adviestaak met betrekking tot voedingsvraagstukken inkrimpen toen de Voedingsraad op eigen benen kwam te staan. De advisering over organisatorische vraagstukken en over de uitoefening van de geneeskunde ging over naar een nieuwkomer op het speelveld: de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

Ook andere factoren bepaalden welke onderwerpen op de rol van de Gezondheidsraad verschenen. Van grote invloed waren wijziging in de frequentie van ziekten. Zo nam het relatieve aandeel van 'besmettelijke ziekten' in het werkprogramma in de loop der jaren af, terwijl na de Tweede Wereldoorlog hart- en vaatziekten, kanker en andere niet-besmettelijke aandoeningen de aandacht begonnen te vragen. De vooruitgang in de wetenschap bracht met zich mee dat thema's als stralingshygiëne, klinische diagnostiek en therapie, genetica en ethiek een stevige plaats op de agenda van de Raad kregen.

Na de Tweede Wereldoorlog was het dringen geblazen op het speelveld van het volksgezondheidsbeleid. De Gezondheidsraad moest, zoals gezegd, taken afstaan. De voorzitters compenseerden door aan 'acquisitie' te doen. Methoden daartoe waren: overleg met bewindslieden en directeuren-generaal, de taakopdracht aan het CAB en de beraadsgroepen om nieuwe (wetenschappelijke) ontwikkelingen te signaleren, het ontwerpen van adviesaanvragen (de Raad diende het concept bij het desbetreffende ministerie in) en, sinds 1988, het opstellen van een jaarlijks werkprogramma. Dat programma bevat onderwerpen die enerzijds worden aangedragen door de ministeries van WVC en VROM, en anderzijds uit de koker van de Raad komen. De voorzitter van de Gezondheidsraad stelt het werkprogramma vast, in overleg met de directeur-generaal van de Volksgezondheid en de directeur-generaal Milieubeheer. Voordelen van deze aanpak zijn: de Raad kan anticiperen en hoeft niet te wachten tot hij wordt ingeschakeld voor het oplossen van wat reeds tot een politiek probleem is geworden; de samenhang in het werk van de Raad wordt zichtbaar; en een betere planning van de werkzaamheden wordt mogelijk.²

Een belangrijke taak die de 'acquisitie' heeft opgeleverd, is het signaleren en verkennen van wetenschappelijke ontwikkelingen met mogelijke consequenties voor het volksgezondheidsbeleid. De signalerende rol van het CAB en de beraadsgroepen is al genoemd. De signaleringstaak - intussen door de regering uitdrukkelijk opgedragen aan de Raad - heeft de laatste tien jaar op verschillende manieren gestalte gekregen. In 1985 en 1986 gaf de Gezondheidsraad Jaarboeken uit, waarin tal van deskundigen een prognose gaven van wetenschappelijke ontwikkelingen op medisch en milieuhygiënisch terrein. Verder verscheen een serie achtergrondstudies onder de titel 'Toekomstverkenningen'. Signalering staat ook voorop in de Jaaradviezen, die het college sinds 1989 publiceert.

De Gezondheidsraad heeft zich in de bestudeerde periode over honderden onderwerpen gebogen. Een steeds terugkerende vraag was in hoeverre de overheid haar burgers met zachte of harde hand mag dwingen maatregelen te ondergaan die in het belang zijn van de volksgezondheid. Commissies van de Raad pleitten nu eens voor dwang of drang, dan weer voor het respecteren van de eigen keuzes van de burgers. Onderliggende overwegingen betroffen de frequentie en ernst van de betrokken aandoening, de effectiviteit, schadelijkheid en aard (meer of minder ingrijpend) van de preventieve maatregel, en, bij pokkenvaccinatie, de voor- en nadelen van restimmuniteit en de noodzaak van revaccinatie. De wetenschappers verlangden van de overheid doorgaans een actief optreden. Globaal kan men stellen dat het accent in de adviezen van de Gezondheidsraad in de regel wat sterker ten gunste van dwang en drang uitviel dan regering en parlement voor wenselijk hielden.

In de loop van de twintigste eeuw gingen wetenschappers en politici dwangmaatregelen zien als elke andere medische interventie waarvan de effectiviteit moest worden aangetoond alvorens tot toepassing over te gaan. In de jaren zeventig en tachtig, parallel aan het toetreden van gezondheidsethici en -juristen tot het ledenbestand van de Raad, nam in de adviezen van het college de weerstand tegen het bepleiten van dwang en drang toe.³ Toch kan men niet stellen dat ethici en juristen een nieuwe wijze van denken hebben geïntroduceerd. Een medicus als Van Loghem sprak al ver vóór de Tweede Wereldoorlog gelijklopende taal.

Het doen van een beroep op de vrijwillige medewerking van burgers had in Nederland meer dan eens succes. Een voorbeeld betreft het rijksvaccinatieprogramma, waaraan enkele jaren geleden 95 procent van de zuigelingen deelnam, het hoogste inentingspercentage in de wereld.⁴ Dwang had in die gevallen weinig toegevoegd.⁵

De verschuiving die zich in de adviesteksten en in het overheidsbeleid aftekende, van het bepleiten van dwang en drang naar het onderstrepen van vrijwilligheid, moet vermoedelijk worden toegeschreven aan de groeiende individualisering binnen de samenleving. Wetenschappers en politici gingen meer waarde hechten aan individuele grondrechten. Deze ontwikkeling vond haar neerslag in de nieuwe Grondwet van 1983, waarvan artikel 18 luidt: 'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.'⁶

10.2 STAND VAN DE WETENSCHAP

De Gezondheidswet van 1956 maakte voor het eerst onderscheid tussen wetenschappelijke en maatschappelijke advisering. Advisering puur op basis van wetenschappelijke feiten is geen fictie, maar wel een ideaalbeeld. De Gezondheidsraad kan nooit voor de volle honderd procent voldoen aan de wettelijke opdracht te adviseren over de stand van wetenschap, omdat er in werkelijkheid sprake is van een stand van wetenschap, die zich voor uiteenlopende interpretaties leent. Wetenschap impliceert maar al te vaak twijfel en onzekerheid, maar adviseurs van de regering kunnen niet constant vraagtekens presenteren. Er moeten aanbevelingen worden gedaan en dat betekent dat men soms een stap moet nemen die verder reikt dan de gegevens toestaan. Daarom is 'wetenschappelijke advisering' geen feitelijkheid, maar een uitdaging, een opdracht die steeds weer zo goed mogelijk vervuld moet worden.

Te voldoen aan die opdracht was een verlangen dat sterker leefde bij de Gezondheidsraad dan regering en parlement nodig, of zelfs wenselijk, vonden. De zelfgekozen profilering tot wetenschappelijk adviesorgaan begon al onder Jitta. In 1956 limiteerde de wetgever de taak van de Gezondheidsraad officieel tot wetenschappelijke advisering, maar in de praktijk maakten regering en parlement daar niet altijd een punt van. De kwaliteit van een advies en de snelheid en eenheid van advisering wogen voor hen zwaarder dan de vraag welke taakopdracht een adviescollege precies in het vaandel had staan. Daarom was het geen probleem dat de Gezondheidsraad in zijn adviezen over tuberculosebestrijding ook organisatorische zaken 'meenam'. Of de Gezondheidsraad wel het juiste orgaan was om over abortus provocatus te adviseren was voor Kamerleden minder relevant dan de vraag hoe snel het advies gereed zou zijn.

Tegen deze achtergrond moeten de betrekkelijk oneigenlijke adviesaanvragen gezien worden die de Gezondheidsraad af en toe te beantwoorden kreeg. Voorbeelden van na 1985 betreffen: grenzen van de zorg, keuzen te maken in de gezondheidszorg,⁷ en de terugkeer van een oud onderwerp (uitoefening

van de geneeskunde) in een nieuwe gedaante: de Wet inzake beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).⁸ De zelfbeperking die de Raad zich in de behandeling van dergelijke adviesaanvragen oplegde, kan bij een niet-ingewijde lezer verbazing oproepen. Na zich in zeer prijzende woorden over het advies Grenzen van de gezondheidszorg te hebben uitgelaten, schreef de publicist L.J. de Wolff:

‘Een politieke invalshoek komt in de nota niet voor. Het advies van de Gezondheidsraad gaat in feite over politieke keuzes, maar de Gezondheidsraad zwijgt over de politiek. Dat ligt niet aan de Raad, maar aan de fase waarin de politiek zich op dit moment bevindt. Het voortreffelijke rapport van de Raad gaat niet alleen over de grenzen van de gezondheidszorg, het gaat ook over de grenzen van de politiek. In een rapport dat in feite handelt over fundamentele politieke keuzes ontbreken politieke argumenten om die keuzes te maken. Dat is toch gek. Deze omissie is opzienbarend.’⁹

Zoals het advies zelf aangaf, was de ‘omissie’ een bewuste keuze van de betrokken commissie van de Raad zich te beperken tot wetenschappelijke beschouwingen. Het lag dus wel aan de Gezondheidsraad.

Het streven naar onpartijdige en gedegen wetenschappelijke advisering is mooi, maar wetenschappers zijn ook maar mensen. Het bij elkaar brengen van wetenschappers betekent niet automatisch dat het advies wetenschappelijk door de beugel kan. De diverse voorzitters hebben uiteenlopende methoden gebruikt om ontsporingen te voorkomen. Zij zochten de oplossing allereerst in diversiteit in de samenstelling van de commissies. Daar kwamen later bij: toetsing van het concept-advies door een of meer beraadsgroepen; verzamelen en beoordelen van relevante literatuur aan de hand van vastgestelde criteria; het houden van enquêtes en hoorzittingen en het bijwonen en organiseren van congressen en symposia; openheid en openbaarheid in de rapportage; en in voorkomende gevallen raadpleging van buitenlandse deskundigen.¹⁰

De vraag waar wetenschappelijke advisering ophoudt en maatschappelijke advisering begint duikt vanaf 1919 met grote regelmaat in de archiefstukken van de Raad op. De opvattingen daarover bleven niet constant en dat uitte zich, behalve in de al eerder genoemde afstoting van diverse activiteiten, in grotere omzichtigheid bij het beantwoorden van bepaalde vragen en ook in verandering van gebezigde terminologie. Een voorbeeld bieden de adviezen op milieuterrein. Waar vroeger gesproken werd van ‘normen’, beogen de adviezen tegenwoordig niet meer te geven dan gezondheids- of milieukundige ‘advieswaarden’, in het besef dat ook economische, technische en politieke overwegingen een rol zullen spelen in de maatschappelijke besluitvorming.¹¹

De genoemde overgangszone tussen wetenschappelijke en maatschappelijke advisering is erg breed en prominent bij medische vraagstukken met een sterk ethische, juridische en sociale component. Dergelijke onderwerpen kwamen op de agenda van de Gezondheidsraad terecht omdat de regering dat wenste en de Raad het ambieerde. Toen in de jaren vijftig en zestig de belangstelling voor met name ethische vraagstellingen begon te groeien, mede vanwege ontwikkelingen in de medische wetenschap, waren er behalve de Gezondheidsraad geen adviesinstanties die zich er met gezag over konden buigen. Tegenwoordig ligt dat anders en ondervindt de Gezondheidsraad ‘concurrentie’. De organisatiedeskundige W.S.P. Fortuyn, die in 1990 op verzoek van staatssecretaris Simons de adviesorganen in de gezondheidszorg onder de loep nam, stak over de Gezondheidsraad de loftrompet, maar vond wel dat de ethische advisering bij een maatschappelijk adviesorgaan moest worden ondergebracht. Hij stelde:

‘Mede door de ontwikkeling van de medische technologie dreigt de GR zich momenteel op terreinen te begeven waar hij niet thuis hoort en niet voor is geëquipeerd. De GR is niet het geschikte forum om te adviseren over vraagstukken met sterk ethische, maatschappelijke en politieke implicaties. (...) Als er al moet worden geadviseerd over hoogst moderne ontwikkelingen in de medische technologie met grote implicaties aan de kostenkant en/of de ethiek, dan is het beslist niet eenvoudig om dat zo waarheidsgetrouw en belangeloos mogelijk te doen. (...) Schoenmaker houd je bij je leest, is dus zeker van toepassing op taak, werkwijze en functioneren van de Gezondheidsraad.’¹²

Fortuyn, die er kennelijk niet van op de hoogte was dat de Raad al tientallen jaren lang ethische en juridische beschouwingen in zijn adviezen betrok, schreef hier - als het citaat letterlijk wordt genomen - in één pennestreek een groot deel van het werkterrein van de Gezondheidsraad weg.¹³ De schoenmaker zou zijn vertrouwde leest kwijtraken. In haar weerwoord stelde de Presidiumcommissie van de Gezondheidsraad dat het de taak van het college is te ‘adviseren over vraagstukken die voortvloeien uit

wetenschappelijke ontwikkelingen, maar zich niet moet mengen in het daaropvolgende politieke debat of de maatschappelijke discussie'. De Raad moet 'verduidelijken dat het wetenschappelijk bedrijf ethische en juridische vragen oproept. Die taak staat los van belangenbehartiging', aldus de Presidiumcommissie in december 1990.¹⁴ De regering steunde deze zienswijze.¹⁵

Uit de schriftelijke bronnen blijkt overigens dat de Gezondheidsraad er zich terdege van bewust was dat bij de behandeling van vraagstukken met bijzondere ethische, juridische en sociale aspecten al gauw de overgangszone werd betreden. In sommige adviezen werd er daarom voor gekozen opties te formuleren, voorzien van voor- en tegenargumenten. De betrokken commissies gaven dan wel aan waar hun eigen voorkeur naar uitging. Deze aanpak is bijvoorbeeld te vinden in recente adviezen over het testen van mensen op besmetting met HIV, de veroorzaker van AIDS, en op erfelijke aanleg voor bepaalde ziekten.¹⁶

De opeenvolgende voorzitters waren trots op de taak en de positie van de Gezondheidsraad. Haex verwoordde het in 1983 aldus:

'De Gezondheidsraad in Nederland dat is een unicum in de wereld. Veel mensen beseffen niet welk een geweldig instrument wij in handen hebben. In de hele wereld worden dit soort vraagstukken door staatscommissies onderzocht en toegelicht. Politieke commissies wel te verstaan. Die kunnen best goed zijn, maar niet onafhankelijk. En daarin zit juist het unieke in Nederland. Het wetenschappelijke karakter van de Raad prevaleert, de politieke kleur van de onderscheiden leden is nooit aan de orde. (...) De wetenschap mag zich nooit laten leiden door argumenten van buiten.'¹⁷

Dit citaat bevat enkele stellingen die het waard zijn te toetsen. Is het waar dat wetenschappelijke argumenten in de adviezen van de Raad de overhand hadden? Blevén argumenten van buiten de wetenschap inderdaad buiten beschouwing? Klopt het dat er bij de benoeming van leden geen rekening werd gehouden met politieke kleur? Het fenomeen 'staatscommissie' en de situatie in het buitenland komen later nog aan de orde.

Los van bovengenoemd 'strategisch gedrag' gericht op behoud of versterking van de positie van de Raad, was er strategisch gedrag gericht op vergroting van de haalbaarheid van de adviezen. Het betrof acties ondernomen door respectievelijk de voorzitters en de commissies van de Raad. De opeenvolgende voorzitters, de een meer dan de ander, waren, in hun benoemingsbeleid en in het overleg met het departement, niet geheel ongevoelig voor overwegingen betreffende de haalbaarheid van adviezen. Dat is begrijpelijk. Een adviesorgaan kan het zich niet veroorloven bij voortdurende adviezen uit te brengen die volstrekt voorbijgaan aan de politieke werkelijkheid; hij zou zich uit de markt prijzen. De voorzitters hielden rekening met de aard van de visie van de te benoemen deskundigen, maar politieke kleur speelde geen rol van betekenis. Ook commissies spreidden af en toe strategisch gedrag ten toon, variërend van het afzwakken van teksten tot het niet opschrijven van de eigenlijke mening. Dit boek bevat enkele voorbeelden daarvan.

Terugkerend naar het citaat kunnen we concluderen dat het uitgangspunt dat de wetenschap zich nooit mag laten leiden door andersoortige argumenten schoon en nastrevenswaardig is, maar - althans wat wetenschappelijke advisering betreft - niet absoluut kan zijn. Daarmee is niet beweerd dat het tegenovergestelde voor de Gezondheidsraad gold, namelijk dat wetenschappelijke argumenten ondergeschikt bleven. Integendeel, wie de geschiedenis van het college overziet komt onder de indruk van de zelfbeperking en de niet aflatende inspanningen om de Raad tot een wetenschappelijk adviesorgaan te maken. In de overgrote meerderheid van de commissies stond de oprechte wens wetenschappelijk verantwoord te adviseren voorop, ook al door de sociale, collegiale controle die door voorzitter en later door CAB en beraadsgroepen werd uitgeoefend. Haex drukte het juist uit: het wetenschappelijk karakter *prevaleert*, niet meer en niet minder.

10.3 INVLOED EN AANZIEN

Wie de geschiedenis van de (Centrale) Gezondheidsraad in de jaren 1902-1985 overziet, wordt getroffen door de invloed die het college op het volksgezondheidsbeleid in Nederland heeft gehad. De meeste

adviezen werkten in het beleid door, zij het lang niet altijd volledig. En ook niet altijd met onmiddellijke ingang, want veel overheidsbeleid kreeg langs lijnen van geleidelijkheid vorm. De Gezondheidsraad fungeerde als een radertje in een groter geheel, maar wel een radertje aan het begin van het productieproces.

Adviesorganen kunnen, naast hun officiële functie, ook 'bijkomende' functies uitoefenen. De regering sprak de Raad overwegend aan op zijn officiële taak: het onafhankelijk beantwoorden van open, reële vragen. Andere functies, zoals legitimering van al voorgenomen overheidsbeleid en het dienen als parkeerplaats voor lastige problemen, bleven ondergeschikt. De Gezondheidsraad kon, zeker na de Tweede Wereldoorlog, moeilijk voor het legitimeren van beleid worden ingeschakeld, omdat de vraagstukken die het college te behandelen kreeg nog onvoldoende onderwerp van politieke meningsvorming waren geweest. De Raad liep in het besluitvormingsproces immers voorop. Om dezelfde reden lag het niet voor de hand dat de regering de Gezondheidsraad gebruikte voor het stallen van politiek omstreden vraagstukken; 'politieke kwesties' duiken doorgaans later in het beleidsproces op.

Een andere bijkomende functie van adviesorganen betreft binding. Die rol is zeker in Nederland van betekenis, waar 'overheid' en 'samenleving' sterk overlappende sferen zijn en de regering niet zelden beleid tracht te realiseren in samenspraak met vertegenwoordigers van professionele en maatschappelijke groeperingen. Het verwerven van de medewerking van vertegenwoordigers heeft voor de regering als voordeel dat groepen in de samenleving worden gecommitteerd aan het overheidsbeleid. Het dienen als spreekbuis voor, en als aanspreekpunt van, professionele groeperingen is voor de (Centrale) Gezondheidsraad nimmer een overheersende functie geweest, ook niet toen vertegenwoordigers nog deel uitmaakten van het ledenbestand van de Raad. Sterker nog, het niet vervullen van deze functie was voor de regering na de Tweede Wereldoorlog reden de Centrale Raad voor de Volksgezondheid op te richten.

Toch is de functie van binding de Gezondheidsraad niet wezensvreemd, maar dan anders ingevuld dan bij een maatschappelijk adviesorgaan. De Raad telt individuele deskundigen, die handelen zonder last en ruggespraak, maar die wel (wetenschappelijk) prestige hebben. Als die deskundigen met gezag stellen dat, bijvoorbeeld, de hartchirurgie in Nederland geconcentreerd moet worden in centra en niet versnipperd mag worden, dan gaat daarvan een, overigens niet altijd onbetwiste, binding uit, in de zin dat het 'veld' zich zonder al te veel morren naar dat oordeel voegt.

De kracht van de Gezondheidsraad is zijn onafhankelijkheid. De geschiedenis leert dat de Raad niet een pion is geweest voor welke belangengroep dan ook. Medici hebben in het college altijd een prominente, maar niet een exclusieve plaats gehad. Vanwege zijn onafhankelijkheid werd het de Raad in de eerste helft van deze eeuw toevertrouwd conflicten tussen medische en niet-medische beroepsgroepen te beslechten. De Gezondheidsraad onderhield wel contacten met de (Koninklijke) Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, maar niet in de vorm van een alliantie.

Onafhankelijkheid betekent echter niet dat de Gezondheidsraad het zich kan veroorloven zich te veel te verwijderen van de andere spelers op het veld van de volksgezondheid. Men kan de Raad zien als een dynamische eenheid verkenner die voor de troepen uitloopt, maar die het contact niet mag verliezen. De verkenner identificeren nieuwe onderwerpen en taken, en zij proberen in hun adviezen een stap vooruit te zetten in de wetenschappelijke meningsvorming. Is die stap te groot, dan dreigen protesten. Dat is voor een keer niet erg, maar de Raad zou steun verliezen bij een breed gapende kloof.¹⁸

'Binding' is ook in ander opzicht van belang. De Gezondheidsraad functioneert dank zij de inzet van vele vooraanstaande wetenschappers. Die wetenschappers zijn daartoe bereid omdat zij de Raad ervaren als 'hun' college, dat hun taal spreekt en hun inzichten uitdraagt. De Raad kan niet ongestraft het onderhouden van die band en dat imago verwaarlozen.

De waarde van de Gezondheidsraad is sinds 1956 keer op keer bevestigd in officiële analyses. In vorige hoofdstukken kwamen al enkele hoge rapportcijfers aan de orde, zoals in de Volksgezondheidsnota uit 1966. Het navolgende blijft beperkt tot opmerkingen over de situatie sinds de huidige leiding van de Raad in het zadel zit.

De eerder genoemde commissie-Dekker stelde voor de Raad als onafhankelijk wetenschappelijk adviescollege te handhaven,¹⁹ een standpunt dat het kabinet-Lubbers II (1986-1989) in maart 1988 overnam.²⁰ Ook in het rapport van de organisatiedeskundige Fortuyn, uit oktober 1990, werd gepleit voor

handhaving van de Raad. Waar Fortuyn sommige andere adviesorganen op het gebied van de volksgezondheid zijn kritiek niet spaarde, schreef hij over de Gezondheidsraad:

'De Engelsen zeggen weleens "Never change a winning team". Als dat binnen de gezondheidszorg ergens van toepassing is, dan wel ten aanzien van dit college. De adviezen worden door alle betrokkenen ervaren als gedegen en welkom. Bovendien is de Raad erg goedkoop. Meestal is goede raad duur, in het geval van de Gezondheidsraad niet. Wetenschappers van aanzien vinden het een eer om er deel van uit te maken. Zij stellen hun expertise vrijwel om niets beschikbaar. Het ambtelijk apparaat dat hen daarbij ten dienste staat is klein, bekwaam en efficiënt. Weinig reden dus om verandering aan te brengen in dit hard werkende en zijn bestaan dagelijks bewijzende advieslichaam.'²¹

Ook ditmaal volgde de regering de aanbeveling.²²

10.4 ZONDER VERGELIJK IN BINNEN- EN BUITENLAND

In het eerder afgedrukte citaat karakteriseerde Haex de Gezondheidsraad als 'een unicum in de wereld'. Een vergelijking met de situatie in het binnen- en buitenland leert dat hij gelijk had, in de zin dat het college nog enig in zijn soort is.

In de eerste plaats is de Gezondheidsraad zonder vergelijk in eigen land. Er zijn op het gebied van de volksgezondheid wel andere wetenschappelijke adviescolleges - meestal ad hoc commissies voor deelterreinen - geweest, maar geen ervan kon de Gezondheidsraad evenaren in al deze opzichten: onafhankelijkheid, reikwijdte, invloed op politieke besluitvorming, duurzaamheid, en steun in kringen van wetenschappers. Af en toe stelde de regering op het door de Gezondheidsraad bestreken gebied een staatscommissie in, zoals met betrekking tot de pokkenvaccinatie, tuberculosebestrijding, kunstmatige inseminatie, euthanasie en abortus provocatus. Met uitzondering van de staatscommissie inzake abortus waren deze gezelschappen niet zozeer een alternatief, alswel een aanvulling op de Gezondheidsraad. In het algemeen ervoer de Raad de staatscommissies dan ook niet als bedreigend. De gebruikelijke gang van zaken was dat de Gezondheidsraad over de betrokken, gevoelige, kwesties het eerste woord sprak, maar dat voor finalisering van de politieke besluitvorming een extra stap nodig was, namelijk legitimering van, meestal reeds door de Raad uitgedragen, inzichten door een staatscommissie met een politiek acceptabele samenstelling.²³

In de tweede plaats kent de Gezondheidsraad ook in het buitenland geen vergelijkbaar orgaan. Hoewel in andere landen 'Gezondheidsraden' bestaan, met soms als toevoeging het predikaat 'Federale' (Duitsland) of 'Hoge' (België, Italië), moet worden geconcludeerd dat geen ervan de sterke, van het ministerie van Volksgezondheid onafhankelijke, en door honderden wetenschappers gedragen positie heeft verworven die de Gezondheidsraad inneemt. Gebrek aan onafhankelijkheid blijkt uit het feit dat de minister uitmaakt wie lid van zo'n raad wordt, uit stemrecht voor ambtenaren, en uit het politiek getinte voorzitterschap (de minister zelf of de directeur-generaal).²⁴

In de Verenigde Staten bestaan permanente adviesorganisaties die rapporten uitbrengen die qua inhoud en zwaarte vergelijkbaar zijn met die van de Gezondheidsraad.²⁵ Bekend is het Office of Technology Assessment (OTA), dat als missie heeft het Amerikaanse Congres te attenderen op de gevolgen van technologische toepassingen, en te onderzoeken hoe technologie, bedoeld of onbedoeld, het leven van mensen beïnvloedt. Het OTA verheldert voor het Congres de beleidsopties die openstaan en de mogelijke consequenties van het kiezen van die opties, maar het formuleert geen aanbevelingen. Verschil met de Gezondheidsraad is dus dat er geen echt advies wordt gegeven en dat de rapporten geadresseerd zijn aan het parlement en niet aan het kabinet. Bovendien is het OTA niet vrij in zijn bewegingen; de twee partijen in het Congres bepalen gezamenlijk het werkprogramma van het orgaan. Het vermelden waard is voorts het Institute of Medicine, een afdeling van de National Academy of Sciences. Tussen de federale overheid en dit instituut bestaat geen exclusieve wettelijke en financiële relatie, zoals tussen regering en Gezondheidsraad in Nederland. In Canada, Frankrijk en Zweden bestaan ook adviesinstanties, maar nauwer gekoppeld aan de overheid of met een (veel) beperktere basis of taakstelling dan de Gezondheidsraad. Alleen Australië kent een orgaan dat zich met de Gezondheidsraad laat vergelijken,

namelijk de in de jaren dertig opgerichte National Health and Medical Research Council. Dit college heeft minder invloed dan de Gezondheidsraad, omdat de federale overheid, aan wie de adviezen gericht zijn, weinig kan uitrichten zonder de steun van de staten.²⁶

De National Health and Medical Research Council van Australië combineert advisering met de coördinatie en financiering van wetenschappelijk onderzoek. Medical Research Councils elders in de wereld hebben coördinatie en financiering van onderzoek als hoofdtaak; advisering is een weinig constante nevenactiviteit.²⁷ Buiten het bestek van deze studie valt de boeiende vraag waarom in Nederland geen Medical Research Council maar wel de Gezondheidsraad tot ontwikkeling is gekomen, precies andersom als in bepaalde andere landen. Beantwoording van deze vraag vergt afzonderlijk onderzoek.

Van de bijzondere positie van de Gezondheidsraad raakt men goed doordrongen bij bestudering van de geschiedenis van de Britse 'Gezondheidsraad', de Central Health Services Council (CHSC).²⁸ Een kort relaas van die geschiedenis is illustratief: de CHSC bleef een gemengd adviesorgaan, geketend aan enerzijds het departement, anderzijds belangengroepen, zonder enthousiaste aanhang in wetenschappelijke kring.

Het Britse ministerie van Volksgezondheid verzuimde vóór de Tweede Wereldoorlog een permanent adviesorgaan te creëren. Na die oorlog kwam de National Health Service tot stand. De medische beroepsgroep moest macht prijsgeven en wilde als compensatie vertegenwoordiging in een landelijk adviesorgaan. Dat orgaan werd de CHSC, geboren onder het ongelukkige gesternte van verschuivende krachtsverhoudingen. De minister selecteerde de leden uit de voordrachten van belanghebbende organisaties. De regering stelde ook standing advisory committees, adviescommissies op deelterreinen van de volksgezondheid, in. De samenstelling daarvan werd bepaald door de CHSC, met al het ellenbogenwerk van dien. CHSC en standing advisory committees werden door de overheid, op een enkele uitzondering na, niet serieus genomen. De commissies hadden een rituele functie; zij dienden voor de regering als parkeerplaats, terwijl de werkelijke zaken elders werden gedaan. De leden waren zich daarvan bewust en kwamen daarom vaak niet opdagen.

Of in het buitenland door het ontbreken van een organisatie als de Gezondheidsraad eerder een beroep wordt gedaan op staatscommissies, vereist nader onderzoek. Feit is dat het steeds weer moeten optuigen en ontmantelen van losse commissies een onhandige bezigheid is. Doelmatiger is het te beschikken over een permanent, onafhankelijk en soepel op nieuwe ontwikkelingen inspelend orgaan. Hiermee is niet gezegd dat een instantie als de Gezondheidsraad de behoefte aan staatscommissies volledig kan wegnemen. Zoals gezegd, dienen staatscommissies tot op zekere hoogte een ander doel.

Ter afronding van deze studie laat de vraag zich stellen of de volksgezondheid in Nederland slechter af was geweest als de Gezondheidsraad op het toneel had ontbroken. Met andere woorden, heeft de Raad een gunstig effect gehad? De Gezondheidsraad heeft ongetwijfeld bijgedragen aan de stijging van het peil van de volksgezondheid en aan de zorg voor het milieu. Ook in andere landen, zonder Gezondheidsraad, werd echter vooruitgang geboekt. Dat doet vermoeden dat als er geen Gezondheidsraad in Nederland was geweest, de regering andere wegen had ingeslagen om beleid te ontwikkelen. Met andere woorden: de Gezondheidsraad was niet onmisbaar. Maar hij was en is wél de enige in zijn soort. De talloze wetenschappers die aan het werk van het college deelnamen zullen allen hun eigen belangen en inzichten hebben gehad, maar wat hen bond was enerzijds het geloof in de wetenschap als middel tot verbetering van de volksgezondheid en de milieuhygiëne en anderzijds de wens te komen tot adviezen die verder strekten dan eigenbelang, verder dan de heterogeniteit van heersende inzichten. In dat geloof zijn zij bevestigd en die wens zagen zij meestal in vervulling gaan.

SUMMARY

From 1902 the Dutch government has been advised in health matters by an independent advisory board, the (Central) Health Council. This dissertation has as its object to outline and where possible explain the history of the Council between 1902 and 1985. The book is structured as follows.

The introduction, Chapter 1, is followed by a description of the history of the Central Health Council from its initiation. Government efforts in the field of public health in earlier centuries with an emphasis on the Health Acts of 1818 and 1865 are examined in Chapter 2. Against the background of the activities of the Public Health Inspectorate (1865-1902) a group of radical hygienists pleads for an extension in the number of medical-sanitary facilities and an improvement in living conditions. These experts with their most prominent spokesman, W.P. Ruysch, had the support of the left-wing liberals who were in power from 1891 to 1901. The 1901 Health Act was a result of consultations between the liberals and the hygienists. It regulated the duties of the Public Health Inspectorate, performed by (general) inspectors, health committees and an administrative body, the Central Health Council. The latter body had the additional task of advising the government on its public health policy.

Chapter 3 deals with the activities and the ups and downs of the Central Health Council between 1902 and 1920. The Council was crippled by internal conflicts and could find little support from the government. One result of this was that the laboratory, set up in 1909, grew into an independent institution. Soon after, the position of the Council became a hotly debated issue. Finally, under the 1919 Health Act, the Central Health Council was restructured into the Health Council, a body with a purely advisory function.

The agenda of the Central Health Council consisted, in addition to the regulation of administrative matters, of advisory issues mainly concerned with 'the prevention and combatting of contagious diseases'. The subject of 'smallpox vaccination' was of great importance in this context, and will form a recurring theme of the book. In this period the Council discussed the question of maintaining indirect compulsory vaccination, which had been laid down in the Epidemic Diseases Act of 1872. The compulsory nature of the Act is demonstrated by the fact that invaccinated children were not allowed to go to school. On the advice of the Central Health Council, this regulation remained in force during the first twenty years of this century, only making exceptions for those who had not been vaccinated for medical reasons.

Chapter 4 covers the period from 1920 to 1940, when the Health Council was chaired by N.M. Josephus Jitta. Under his direction the Health Council developed into its present form. The basic difference was that, on the basis of the 1919 Health Act, the Council was not only expected to give advice in scientific matters, but also on various other public health concerns. Jitta turned the Council into a body to be reckoned with. However, by the time of his retirement from the Council at the age of 81, decline had already set in as a result of drastic economy measures taken by the government in the 1930s.

Issues connected with 'the prevention and combatting of contagious diseases' and 'medical practice' dominated the agenda of the Health Council in the interbellum period. Both of these areas are extensively dealt with in Chapter 4. The enforcement of indirect compulsory vaccination reemerged as a hot issue. After several children died as a result of encephalitis post-vaccinalis, an infection of the brain that could occur as a side-effect of smallpox vaccination, the government was forced in 1928 to suspend the regulation which had been in effect from 1872. Eventually in 1939, the Vaccination Act was passed, by which a system of individual compulsion regulated by law was introduced.

Chapter 5 is devoted to the history of the Council during World War II. Although during this period the advisory body was able to continue its activities in a slightly adapted form, it was not in a position to take many initiatives, partly because it did not want to appear to be too accommodating to the Germans. The Nutrition Council, on the other hand, which had been founded in May 1940, concerned itself very actively with matters of nutrition. Its work helped ensure that public health did not deteriorate drastically in the Netherlands during the occupation.

Chapter 6, describing developments over the period of 1945 to 1955, demonstrates the difficulties experienced by the Health Council in regaining an authoritative position. The public health system was in dire need of revision; advice on social issues and the involvement of representatives of professional and welfare organizations had become indispensable. The government increasingly delegated certain issues to the Central Committee for Public Health, founded in 1945, while the tasks of the Health Council were curtailed to the provision of scientific advice. This restriction was formally laid down in the 1956 Public Health Act. Under this act the Central Committee was reorganized and became the Central Council for Public Health.

After World War II the issue of smallpox vaccination reappeared on the agenda of the Health Council. The 1951 smallpox outbreaks in Tilburg received special attention. Nevertheless, on the advice of the Council, the government was not to change its policy for several years.

Chapter 7 deals with the period 1955 to 1966, the end of the lean years for the Council. Chairman J. Wester was able to regenerate the Council by means of government funding. The personnel of the secretariat was increased fivefold and the advisory field expanded.

The most important issues dealt with by the Council during this period were the organization of the anti-tuberculosis campaign, polio vaccinations, the addition of fluoride to the water supply, few medical-ethical issues, the compilation of medical statistics, and radiation hygiene. A majority of a Health Council committee pleaded in those years for the replacement of infant inoculations with the compulsory (re)vaccination of members of high-risk groups. This would eventually result in the abolition of the Vaccination Act. However, the government repeatedly postponed this decision, in part because the members of the committee could not agree on the issue.

Chapter 8 summarizes developments from 15 November 1966, the commencement of A.J.Ch. Haex's term of office, until 1 December 1985, when the present management took up office. A stormy period followed, which was characterized by partly successful attempts to further professionalize the methods and organization of the Council and its secretariat.

Developments in medical science confronted the government with questions which it was only too happy to redirect to the Health Council. The subjects researched by the Council were of a very varied nature. In this chapter a few prominent areas are dealt with: 'welfare diseases', medical ethics, toxicology, and the planning of public health facilities. The period of debate on the smallpox vaccination issue came to an end when the government abolished the Vaccination Act in 1975. It eventually made this decision on the basis of the latest advice of the Council on the subject; the relevant committee had found that the risk of smallpox had been reduced world-wide to such an extent that the side-effect of vaccination - the risk of brain infection - became more threatening than the disease itself.

Chapter 9 provides a commentary on the facts presented so far. Finally, in Chapter 10, some outstanding issues taken up by the Health Council in the course of its history are summarized and related to the present. This conclusion also contains a brief outline of the advisory structures of other countries.

The main object of this volume is to give a description and explanation of the development of the (Central) Health Council. The present Council is a permanent advisory board, which advises the government on the state of scientific knowledge in health matters and related environmental problems. The task of the Health Council has been molded and adapted during the various stages of its development. Formal milestones in its development were the Health Acts of 1901, 1919 and 1956. The Central Health Council, founded in 1902, was expected to give advice as well as to administrate. Its successor, the Health Council, was deprived of some tasks by the 1919 Act: it was left with just an advisory function, although the scope of its advice was virtually unlimited. The 1956 Act gave the Health Council its character as a scientific advisory body. Who was responsible for this course of development? It appears that the government reduced the Council's sphere of influence repeatedly. In practice this was a more complicated matter, for the Council itself at times solicited for a specialization of its functions.

The development has its roots in the nineteenth century. Public health policy in the Netherlands at the time was, in theory, a matter for the local authorities. The efforts of the inspectors of the Public Health Inspectorate, who urged (but who could not compel) local authorities to improve public health, were often in vain. The government took a neutral position. The left-wing liberal Pierson cabinet (1897-1901) brought this 'laissez-faire' attitude to an end. After dialogue with the radical hygienists, the Minister of Internal Affairs, H. Goeman Borgesius, had the 1901 Health Act drawn up. This Act was the cradle of the Central Health Council. The Council was given a wide range of tasks. In fact, it was given the function of a kind of external department. Independent of the relevant Minister, it was expected to administrate the Public Health Inspectorate, and, in addition, to offer advice to the government. The scope of this advice was unlimited and involved much more than scientific issues.

Why did the government opt for this construction and not for another approach to give form and content to public health policies? The fact that the Council had been given an independent function met with little criticism in political circles. Alternatives, for example, increasing the man-power within the department itself, or subjecting new bodies, such as the Council, to direct ministerial authority, can hardly have been considered. The government preferred to see the authorities and society as constituent parts of an integrated whole. The Central Health Council consisted of government officials (the general inspectors) and 'private' experts. Moreover, the government did not have sufficiently knowledgeable officials available capable of taking hold of the reins. Obviously, it tried to attract hygienists, who were only too glad to oblige.

From the beginning, the Council was considered to be a body of professional scientists - including the general inspectors - in spite of the fact that the tasks set to it far exceeded the limits of science. One was not yet troubled by the question at which point scientific arguments should make place for social considerations.

It was an impossible task for the Council to live up to these extremely high expectations. The government had burdened the Council with unclear issues and vague administrative constructions and, above all, kept its hand closely on the purse-strings. Internal relations within the Council and the external relationship between the Council and the government eventually deteriorated. The emancipating government had begun to consider the Council as a kind of obstacle, all of which obviously impeded the Central Health Council in the realization of efficient growth. The Council was bound to fail as an administrative body, but managed to maintain a stronger position in the advisory field. Eventually, the government decided to curtail its tasks.

In 1919 the curtain fell on the Central Health Council. This ambiguous body was replaced by the Health Council. The government revoked its administrative functions and left the Council with a solely advisory task. The fact that the Health Council became an advisory body was the result of a subtraction rather than a decision based on principles. The field of advice of the Health Council was still unlimited; it could express itself on scientific as well as welfare issues. The Council was made up of both scientists and representatives of professional and welfare organizations. The latter were, however, mostly put on the sidelines by chairman Jitta. On his own authority, without any government prompting, he transformed the Council into a scientific advisory body, although he was not adverse to dealing with social issues.

Thirty years later no-one remembered that the Health Council had been intended as more than just a scientific advisory body. The necessity of a reorganization of public health care, soon after World War II, induced the government to look for the support of professional and social bodies. The need for a social advisory body, where representatives of the government and the society could meet and come to an agreement, was felt more clearly. The Health Council had become unfit for this purpose and it had, in fact, even been forgotten. The government installed a Central Committee for Public Health, the predecessor of the Central Council for Public Health and the National Council for Public Health. The Health Council was allowed to continue its work, however with a task that was clearly different from that of social advisory body. The self-selected specialization of the Health Council - on scientific issues - offered deliverance. By the 1956 Health Act the Health Council was formally recognized as a scientific advisory body.

The government would not regret its decision to preserve the Health Council. Lightning developments in medical and biological science confronted the government with many questions it could subsequently put to a body that was capable of tackling these issues: the Health Council.

BIJLAGE I PERSONALIA (CENTRALE) GEZONDHEIDSRAAD 1902-1992

A VOORZITTERS

Generaal-majoor J.T.T.C. van Dam van Isselt 1 augustus 1902 - 1 januari 1913
Dr. W.P. Ruysch 1 januari 1913 - 1 januari 1918
Dr. N.M. Josephus Jitta 1 januari 1918 - 1 januari 1940
Dr. C. van den Berg 1 januari 1940 - 15 mei 1940 (waarnemend)
Dr. L.C. Kersbergen 15 mei 1940 - 1 februari 1947
Dr. J.J. Brutel de la Rivière 1 februari 1947 - 1 november 1951
Drs. P.A. van Luijt 1 november 1951 - 26 oktober 1954
Dr. J.J. Brutel de la Rivière 26 oktober 1954 - 1 april 1955 (waarnemend)
Dr. J. Wester 1 april 1955 - 1 maart 1966
Dr. A.J.Ch. Haex 15 november 1966 - 12 november 1969
Drs. W.B. Gerritsen 12 november 1969 - 1 juli 1970 (plaatsvervangend)
Prof. dr. A.J.Ch. Haex 1 juli 1970 - 1 mei 1983
Dr. L.B.J. Stuyt 1 mei 1983 - 1 december 1985
Prof. dr. L. Ginjaar 1 december 1985 -
Prof. dr. E. Borst-Eilers 1 december 1985 - (vice-voorzitter)

B (ALGEMEEN) SECRETARISSEN

Dr. J.W. Jenny Weijerman 1 augustus 1902 - 1 januari 1913
Jhr. mr. H.A.M. van Asch van Wijck 1 januari 1913 - 1 januari 1933
F. Heijne 1 januari 1933 - 1 januari 1934
Dr. H.F. Minkema 1 januari 1934 - 1 mei 1947
Drs. V.M.J. Kettlitz 1 mei 1947 - 1 juli 1957
Drs. E.H. Scheijde 16 september 1957 - 1 juli 1966
Dr. H. Huizenga 1 juli 1966 - 1 oktober 1969
Drs. C.L. van Woelderen 1 oktober 1969 - 1 maart 1972
Dr. P.H. van Leeuwen 1 september 1972 - 1 april 1980
Drs. F. Hageman 1 mei 1980 - 8 maart 1981
Ir. T. Verheul 22 juni 1981 - 15 december 1981
Dr. P.C. van Erkelens 1 april 1982 - 1 augustus 1983 (waarnemend)
Prof. dr. H.G.M. Rigter 1 augustus 1983 -

C LEDEN

Aardenne, G. van, 1988-
Abrahamse, A.P.J., 1991-
Aken, W.G. van, 1990-
Aldershoff, H., 1924-1937
Angenent, A., 1932-1950
Annink, A.H., 1991-
Anrooy, J. van, 1920-1924
Ariëns Kappers, J., 1902-1920
Aronstein, L., 1902-1920
Asch van Wijck, H.A.M. van, 1913-1947
Asch van Wijck, H.M.J. van, 1902-1910
Asch van Wijck, L.H.J.M. van, 1902-1917
Aten, J.B.Th., 1980-1989
Aulbers, B.J.M., 1983-

Baan, P.A.H., 1962-1975
Baas, J.L., 1990-
Backer Dirks, O., 1958-1988
Bakhuis Roozeboom, W.H., 1902-1907
Bakhuizen van den Brink, J.H., 1969-1970
Bakker, A., 1983-1987
Balemans, A.W.M., 1986-
Ballieux, R.E., 1987-
Bannier, J.H., 1950-1968
Banning, C., 1939-1959
Barendsen, G.W., 1977-
Barendsen, W.H., 1979-1982
Barnhoorn, J.A.J., 1950-1962
Bartlema, H.C., 1980-1984

- Batenburg, H.W. van, 1932-1934
 Bats, A.H.O.W., 1950-1958
 Beaufort, I.D. de, 1987-
 Beek, J.W.J., 1952-1958
 Beekman, Z.M., 1981-
 Beentjes, L.B., 1977-
 Begeer, W., 1979-1991
 Bekker, J.H., 1950-1958
 Bekkum, D.W. van, 1962-1991
 Bekkum, J.G. van, 1982-1991
 Beks, J.W.F., 1974-1986
 Bemmél, J.H. van, 1987-
 Bennebroek Gravenhorst, J., 1987-
 Berben, P.H., 1972-1990
 Berg, C. van den, 1936-1942; 1945-1958
 Berg, J. van de, 1955-1962
 Berg, J.W.H. van den, 1970-1976
 Berg, L.M. van den, 1935-1942
 Berger, H.C.L.E., 1920-1941
 Bergsma, E.J., 1902-1948
 Bergsma, J., 1987-
 Beusekom, H.G. van, 1958-1962
 Beijerink, M.W., 1902-1920
 Bezemer, F., 1951-1963
 Bezemer, W.J., 1965-1966
 Biersteker, K., 1977-1989
 Biggelaar, H.H.M. van den, 1989
 Birkenhäger, W.H., 1976-
 Blaauboer, B.J., 1982-
 Blanpain, J.E., 1987-
 Bleichrodt, J.F., 1974-1978
 Bleiker, M.A., 1969-1983
 Blok, J., 1958-
 Blomhert, G., 1969-1976
 Blooker, C.F.J., 1905-1912
 Boekel, P.N., 1950-1958
 Boer, A.M. den, 1973-
 Boer, H. de, 1958-1965
 Boer, J.H. de, 1962-1969
 Bok, J., 1973-1985
 Bokkel Huinink, A. ten, 1950-1958
 Bonte, J.T.P., 1977-1982
 Bootsma, D., 1976-
 Booi, L.H.D.J., 1988-
 Borgeld, W.A., 1956-1960
 Borgesius, H. Goeman, 1902-1917
 Born, J.M. van den, 1953-1971
 Borssum Waalkes, J.B. van, 1983-1990
 Borst, P., 1983-
 Borst-Eilers, E., 1981-
 Bottemanne, J.M., 1915-1924
 Bouwdijk Bastiaanse, F.S. van, 1927-1953
 Bouwdijk Bastiaanse, M.A. van, 1950-1958
 Braams, C.M., 1979-1990
 Brakman, P., 1981-1982
 Brandt, K.H., 1973-
 Brandwijk, A.C., 1950-1964
 Brauw, P.J.W. de, 1977-1982
 Breimer, D.D., 1984-
 Brekel, J.C. van den, 1969-1978
 Brekel, V.F.J.M.J. van den, 1950-1958
 Bremer, J.J.C.B., 1974-1991
 Breslau, W.J., 1955-1977
 Brink, T. van den, 1958-1965
 Broekhoff, P.C., 1950-1956; 1962-1966
 Broers, C.W., 1913-1922
 Broerse, J.J., 1985-
 Broese van Groenou, A., 1922-1927
 Brongersma, H.R.G.J., 1920-1922
 Bronkhorst, W., 1950-1958
 Brouwer, H., 1920-1941
 Brutel de la Rivière, J.J., 1947-1951; 1953-1955
 Bruyn, G.W., 1980-1984
 Bruyn, H.E. de, 1902-1915
 Bruyning, F.O., 1942-1944
 Buchem, F.S.P. van, 1950-1962
 Bueren, H.G. van, 1970-
 Buisman, P.H., 1958-1962
 Buning, E.J., 1920-1923
 Burema, L., 1973-1977
 Burger, G.C.E., 1950-1969
 Buskens, H.M., 1955-1958
 Bijl, J.P., 1920-1932; 1950-1958
 Bijlmer, J., 1978-1982
 Bijlsma, U.G., 1928-1962
 Caljé, J.F., 1973-1975
 Casparie, A.F., 1990-
 Chapelle, E.H. la, 1950-1958
 Charbon, G.A., 1988
 Clarenburg, A., 1950-1962
 Clarenburg, L.A., 1987-
 Claij, K., 1973-1983
 Cleton, F.J., 1974-
 Coebergh, J.B.M., 1920-1950
 Coenegracht, J.M., 1969-1986
 Cohen, A.R., 1920-1924
 Cohen, Ch.H. Ali, 1902-1913
 Cohen, E.M., 1969-1986
 Cohen, H.H., 1976-
 Cohen, J.A., 1958-1969
 Copius Peereboom, J.W., 1987-
 Cort van der Linden, P.W.A., 1902
 Cramer, C.D., 1920-1940
 Cramer, J.S.N., 1950-1958
 Crevel, H. van, 1987-
 Creveld, S. van, 1958-1965
 Cromme, P.V.M., 1983-1991
 Crul, J.F., 1973-1990
 Daal, W.A.J. van, 1990-
 Daatselaar, C.J. van, 1973-1987

- Daems, W.T., 1978-
 Dam, H. van, 1985-
 Dam, R. van, 1978-1979
 Dam van Isselt, J.T.T.C. van, 1902-1916
 Davids, J.A.G., 1977-
 Deddes, E., 1968-1971
 Deunstra, H., 1958-1985
 Dekker, J., 1920-1925
 Dekking, F., 1973-1983
 Desmyter, J., 1980-
 Deutman, A.F., 1987-
 Dicke, W.K., 1953-1962
 Diehl, J.C., 1929-1933
 Dobbelaar, M.J., 1974-1984
 Dobbelaar, R., 1980-
 Doeleman, F., 1969-1977
 Does de Willebois, A.E.M. van der, 1977-1987
 Does de Willebois, P.J.J.S.M. van der, 1902-1920
 Dokter, H.J., 1973-1985
 Dols, M.J.L., 1947-1968
 Doorninck, A. van, 1923-1935
 Douwes Jr., J., 1922-1950
 Doyer, J.J.Th., 1939
 Drift, P.A. van der, 1937-1950
 Drion, R., 1966-1982
 Drooglever Fortuyn, H.J.W., 1924-1937
 Drucker, H.L., 1902-1917
 Dunning, A.J., 1987-
 Dupuis, H.M., 1980-
 Duyff, J.W., 1950-1969
 Duijn, P. van, 1980-1991
 Duyne, W.M.J. van, 1982-1990
 Dijk, W.K. van, 1973-1987
 Dijkhuis, H.J., 1950; 1959-1966
- Ebbenhorst Tengbergen, J. van, 1934-1958
 Eden, P.H. van, 1920-1928
 Eekelen, M. van, 1950-1970
 Egmond, N.D. van, 1989-
 Ekkers, C.L., 1990-1991
 Elk, P.J. van, 1974-1986
 Elsen, H.A.M., 1972-1986
 Engelse, L. den, 1990-
 Ennema, M.F.L., 1933-1936
 Enst, W. van, 1962-1971
 Enthoven, M.E.E., 1981-
 Ephraïm, K.H., 1962-1981
 Erkelens, D.W., 1983-
 Es, L.A. van, 1991-
 Eskes, T.K.A.B., 1978-
 Everaerd, W.T.A.M., 1980-
 Eijkel, R.N.M., 1918-1950
 Eijkman, C., 1902-1930
 Eijsackers, H.J.P., 1990-
 Eijvoogel, V.P., 1982-1990
- Fabius, D.P.D., 1902-1920
 Feer, Y. van der, 1986-1989
 Fehmers, C.H.A.T., 1920-1922
 Feron, V.J., 1990-
 Fetter, Z.Th., 1950-1959
 Filippo, J.D., 1920-1936
 Fokkema, J., 1962-1973
 Fokker, A.J.F., 1906-1920
 Fokker, A.P., 1902-1906
 Fortuin, G.J., 1958-1974
 Frenkel, H.S., 1923-1940; 1945-1962
 Froentjes, W., 1969-1977
- Galjaard, H., 1977-
 Gangelen, G. van, 1931-1938
 Genderen, H. van, 1950-1958; 1962-1985
 Gerritsen, W.B., 1963-1980
 Gestel, W.J.C. van, 1978-1991
 Geus, A. de, 1980-
 Gevers, J.K.M., 1987-
 Giessen, D.H.J. van der, 1954-1967
 Gill, K., 1974-
 Gils, J.H.J. van, 1969-1977
 Ginjaar, L., 1973-1977; 1985-
 Ginneken, P.J.H. van, 1923-1935
 Gispen, R., 1953-1975
 Glerum, J.H., 1984-
 Goedbloed, J., 1950-1970
 Goedkoop, J.A., 1962-1985
 Goeij, J.J.M. de, 1987-
 Goris, R.J.A., 1990-
 Gorkom, J.P.J. van, 1902
 Gorter, E., 1934-1942; 1945-1954
 Goslings, W.R.O., 1967-1977
 Goudsmit, C.J., 1969-1971
 Goudswaard, G., 1974-1978
 Graaff, W.C. de, 1923-1946
 Gravestein, V., 1928-1933
 Greep, J.M., 1973-
 Gribnau, F.W.J., 1984-
 Grinten, T.E.D. van der, 1990-
 Groen, J., 1953-1958
 Groen, N.J.A., 1962-1981
 Groeneveld, F., 1939-1958
 Groot, A.L. de, 1962-1977
 Groot, M.J.W. de, 1958-1969
 Guldensteeden Egeling, C., 1902-1915
 Gijn, A. van, 1922-1933
 Gijn, J. van, 1987-
- Haag, T.H., 1961-1962
 Haan, T.A. de, 1960-1964
 Haanen, C., 1990-
 Haar, B.G.A. ter, 1983-1986
 Haaijman, J.J., 1990-
 Habbema, J.D.F., 1990-

- Hacke, A.H.W., 1932-1945
 Haex, A.J.Ch., 1966-1983
 Hagen, J.Ch.I. van der, 1915-1918
 Halbertsma, E., 1902-1920
 Hallo, H.C., 1958-1982
 Hammes, Th., 1926-1930
 Hanegraaff, W., 1920-1922
 Hartgerink, M.J., 1974-1982
 Hartman, J.W., 1976-1979
 Hartog, C. den, 1950-1976
 Hasselt, A.L.J.C. van, 1920-1950
 Hautvast, J.G.A.J., 1981-
 Hazewinkel, A., 1973-1985
 Heelsbergen, T. van, 1931-1934
 Hende, W.R.J. van den, 1984
 Henkes, H.E., 1974-1983
 Hennepe, B.J.C. te, 1941-1945
 Hermanides, S.R., 1902-1908
 Hermans, J.J.H., 1983-1987
 Heijde, H.B. van der, 1983-1991
 Heijst, A.N.P. van, 1974-1991
 Hoed, D. den, 1950
 Hoedemaeker, Ph.J., 1987-
 Hoeke, F., 1950-1952
 Hofman, A., 1983-
 Hofman, J.J., 1926-1930
 Hollander, C.F., 1980-
 Holm, K., 1936-1938
 Honig, J.G.A., 1930-1941; 1945-1950
 Hoogkamp-Korstanje, J.A.A., 1990-
 Hoogweg, P.H.A., 1985-1987
 Hoor, F. ten, 1982-
 Hopmans, J.J., 1958-1963
 Horst, J.J. van der, 1950-1958
 Horst, L. van der, 1950-1962
 Houter, Th.G. den, 1913-1927
 Hove, A.C. ten, 1922-1923
 Hudig, D., 1922-1934
 Hugenholtz, P.G., 1974-1991
 Huisjes, H.J., 1987-
 Huisman, J., 1980-
 Huizenga, H., 1969-1976
 Huizing, E.H., 1987-
 Huizinga, J. Menno, 1902-1913
 Huizinga, T., 1947-1958; 1969-1981
 Hulst, L.A., 1950-1958
 Hutter, W., 1990-
 Huygen, F.J.A., 1962-1987

 Idenburg, Ph.J., 1939-1945; 1950-1965
 Itallie, L. van, 1916-1940

 Jacob, F.B. 's, 1902-1920
 Jansen, B.C.P., 1950-1958
 Jansen, J., 1950-1958
 Jansen, J.H., 1983-1985

 Jansma, M.A.J., 1932-1938
 Janssens, J., 1969-1981
 Jitta, N.M. Josephus, 1918-1940
 Jong, A. de, 1902-1920
 Jong, J. de, 1988-
 Jong, W.A. de, 1981-1989
 Jongbloed, J., 1958-1969
 Jonge, L.J.S. de, 1967-1968
 Jongh, C.L. de, 1950-1958
 Jongh, S.E. de, 1958-1966
 Josselin de Jong, R. de, 1927-1950
 Julius, H.W., 1939-1971
 Julius, H.W., 1980-1989

 Kaa, H. van der, 1922-1947
 Kampelmacher, E.H., 1962-1986
 Kapteijn, H.P., 1902-1914
 Kassenaar, A.A.H., 1974-1991
 Kastelein, W., 1987-
 Katan, M.B., 1990-
 Kedde, D.L., 1980
 Kersbergen, L.C., 1924-1926; 1940-1947
 Kessel, H. van, 1983-1987
 Kessener, H.J.N.H., 1920-1939
 Keuchenius, E.A., 1902-1934
 Keijzer, J.L., 1950-1958
 Klapwijk, A., 1962-1985
 Kleynhens, P., 1902-1920
 Klinkert, H., 1921-1923
 Kloosterman, G.J., 1969-1977; 1983-1986
 Knottnerus, J.A., 1985-
 Kock van Leeuwen, J.A.C. de, 1962-1973
 Koekebakker, J., 1962-1973
 Koeman, J.H., 1974-1980
 Koene, R.A.P., 1987-
 Kok, J.F., 1969-1979
 Kölling, Th.B., 1976-1979
 König, K.G.G., 1973-
 Kooper, R., 1972-1978
 Kooreman, H.J., 1990-
 Korteweg, P.C., 1927-1936
 Köster, H.J., 1973-1976
 Kosters, M., 1981-1986
 Kraan, J.K., 1969-1977
 Kramer, P.H., 1950
 Kranenburg, W.R.H., 1920-1936
 Kroes, R., 1984-
 Krol, B., 1980-1990
 Kruisinga, R.J.H., 1965-1967
 Krul, W.F.J.M., 1922-1965
 Kruseman, J., 1922-1950
 Kruysse, A., 1962-1972
 Kruyswijk, H., 1977-1989
 Kruyt, H.R., 1950-1953
 Kuiper, J.P., 1969-1972
 Kuipers, R., 1902-1920

- Kuitert, H.M., 1979-
 Kupers, E., 1920-1930
 Kuyper, H.F., 1902-1913
 Kuyper, H.J., 1920-1935
 Kuijpers, P.J.F.M., 1973-1981
- Lamberts, H., 1983-
 Laméris, H.J., 1916-1920
 Lamers, C.B.H.W., 1987-
 Lamping-Goos, M.D., 1990-
 Lange, S.A. de, 1974-1989
 Langen, C.D. de, 1950-1958
 Lansberg, H.P., 1973-1985
 Lansink Jr., B., 1920-1934
 Leenen, H.J.J., 1977-
 Leersum, E.C. van, 1920-1933
 Leeuw, G. van der, 1950
 Leeuwen, Th. M. van, 1920-1945
 Leignes Bakhoven, G.H., 1902-1906
 Lely, C., 1902; 1907-1913
 Leschot, N.J., 1987-
 Leun, J.C. van der, 1986-
 Leijdesdorff, L., 1950-1953
 Lieshout, R. van, 1971-1986
 Lietaert Peerbolte, L., 1920-1935
 Ligteringen, J., 1982-1986
 Lindenbergh, J.W., 1937-1940; 1945-1950
 Lingbeek, G.W.S., 1902-1920
 Loghem Sr., J.J. van, 1923-1950
 Loghem Jr., J.J. van, 1950-1952
 Lohman, P.H.M.H., 1990-
 Lojengo, W.J., 1950-1958
 Londen, J. van, 1974-
 Lotgering, H.B., 1920-1935
 Lourens, L.F.D.E., 1923-1945
 Lubsen, J., 1990-
 Lucas, C.J., 1980-
 Luyendijk-Elshout, A.M., 1980-1989
 Luijt, P.A. van, 1936-1954
 Lijnst Zwikker, J.J., 1940-1945
- Maarseveen, M.J. van, 1950-1958
 Maas, J.A., 1970-1972
 Maas, P.J. van der, 1987-
 Mac Gillavry, Th.H., 1902-1907
 Maes, R.A.A., 1980-1984
 Mameren, J. van, 1970-1977
 Man, W. de, 1902-1923
 Mansvelt, J. van, 1983-1988
 Mantén, A., 1969-1985
 Maris, A.G., 1977-1985
 Masurel, N., 1977-
 Mathijssen Gerst, F.E., 1989-
 Mauritz, M., 1930-1932
 Mauve, M., 1969-1977
 Meer, C. van der, 1987-1991
- Meer, J.W.M. van der, 1990-
 Meer, Z.Y. van der, 1945-1955
 Meerburg, P.A., 1916-1934
 Meeter, E., 1978-1983
 Meide, J.H. van der, 1973-1977
 Merkus, F.W.H.M., 1984-
 Mertens, A.Th.L.M., 1962-1981
 Methorst, H.W., 1920-1939
 Mets, C., 1964-1967
 Meuleman, C., 1920-1932
 Meulen, H.J. ter, 1920-1930
 Meulen, J. ter, 1922-1927
 Meulenhoff, J.S., 1916-1935
 Merwissen, J.H.E.T., 1980-
 Meyboom-de Jong, S.B., 1987-
 Meijer, J., 1958-1981
 Meijer, W., 1962-1969
 Meijler, F.L., 1977-1982
 Mojét, G., 1977-1985
 Molen, H.J. van der, 1986-1990
 Molenaar, J.C., 1987-
 Mooy, A. de, 1950-1952
 Mulder, J., 1950-1965
 Muller, H., 1969-1977
 Mulock Houwer, E.J., 1991-
 Muntendam, P., 1949-1950; 1953-1971
 Mutsaers, J.F., 1902-1907
 Muysken, C., 1902-1920
 Mijn, W.B. van der, 1974-
- Nelemans, F.A., 1962-1986
 Netten, R. van, 1927-1935
 Neijens, H.J., 1990-
 Niermeijer, M.F., 1987-
 Nieuwenhuis, F.J., 1902-1919
 Nieuwenhuis, I., 1939-1941; 1945-1950
 Nieveen, J., 1973-1989
 Nobel, E. de, 1983-1987
 Nolens, W.H., 1902-1920
 Noordaa, J. van der, 1990-
 Noordhoek, A.J., 1990-
 Noordhoff, F.S., 1930-1940
 Noordwijk, J. van, 1985-1990
 Noordwijk-van Veen, J.C. van, 1978-1986
 Noort, R.B.J.C. van, 1986-
 Notten, W.R.F., 1987-
 Nijhoff, G.C., 1920-1921
 Nypels, R.G., 1981-1988
- Oele, A.P., 1977-1978
 Oldhoff, J., 1987-
 Oosterbaan, G., 1920-1926
 Oosterhuis, R.A.B., 1926-1928
 Oosterkamp, J.W., 1958-1982
 Ooy, A. van, 1920-1925
 Oppers, V.M., 1969-1977

- Orie, N.G.M., 1962-1984
 Os, D. van, 1930-1958
 Overeem, A.D.A., 1972-1975
 Oyen, C.F. van, 1920-1950
- Parma, S., 1983-
 Pearce, C., 1974-1986
 Peeters, H., 1950-1951
 Pelser, J., 1962-1985
 Penn, W.H.A.M., 1977-1985
 Piebenga, P.J., 1958-1962
 Pierson, H., 1902-1905
 Planten, A.Th., 1928-1932
 Plate, A., 1902-1920
 Poels, J., 1902-1922
 Polak, M.F., 1958-1981
 Polman, A., 1950-1959
 Pondman, A.B.F.A., 1950-1962
 Post, A.E., 1902-1911
 Praag, H.M. van, 1987-
 Praag, S.W., 1933-1938
 Prakken, J.R., 1950-1967
 Putte, L.B.A. van de, 1990-
 Putten, L.M. van, 1962-1984
 Puylaert, C.B.A.J., 1973-1989
 Pijnappel, M.W., 1902-1921
- Quaadvlieg, E.J.A.A., 1945-1953
 Quanjer, A.A.J., 1913-1920
- Raalte, H.G.S. van, 1977-1980
 Ram, H.E., 1902-1920
 Regout, L.H.W., 1902-1909
 Reiger, B., 1902-1908
 Reith, J.F., 1952-1971
 Remmelts, R., 1950-1956
 Reneman, R.S., 1987-
 Rethaan Macaré, A.J., 1902-1920
 Reuijl, H., 1907-1925
 Reij, W.C., 1969-1988
 Rhemrev, N.A.N.V., 1972-1975
 Ringeling, H.G., 1916-1930
 Robles de Medina, E.O., 1983-
 Roelink, H., 1977-
 Roemer, N.A.A. van de, 1938-1940
 Romeijn, H.J., 1922-1924
 Romunde, L.H. van, 1922-1945
 Ronnen, J. von, 1962-1980
 Rood, J.J. van, 1983-
 Roodenburg, L.N., 1922-1927
 Rooij, A.H.M.J. van, 1934-1937
 Roos, A.J. de, 1975-1991
 Roos, J., 1974-
 Rooyen, C. van, 1958-1969
 Roymans, H.G.M., 1987-
 Roozendaal, N.A., 1946-1962
- Roscam Abbing, E.W., 1990-
 Roscam Abbing, H.D.C., 1987-
 Royaards, W.J., 1958-1966
 Ruitenbergh, E.J., 1979-
 Ruland, M.H.J., 1902-1920
 Rümke, Ch.L., 1969-1987
 Rümke, H.C., 1950-1962
 Rümke, P., 1987-
 Rütte, J.L.Ch.G.H. le, 1922-1930
 Rutten, F.F.H., 1987-
 Ruys, A.Ch., 1950-1966
 Ruysch, W.P., 1902-1920
 Rijen, A. van, 1922-1932
 Rijssel, Th.G. van, 1962-1987
- Sachs, E.S., 1983-
 Salm, A., 1902-1915
 Salomonson, B.J., 1950-1961
 Saltet, R.H., 1920-1923
 Sangster, B., 1989-
 Sant, H., 1920-1928
 Santema, P., 1972-1984
 Sauer, P.J.J., 1991-
 Savornin Lohman, A.F. de, 1902-1905
 Schaapveld, H., 1920-1923
 Schaar, H. van der, 1922-1950
 Schalken, H.F., 1902-1906
 Schalm, L., 1969-1977
 Schalij, F.A., 1938-1941; 1945-1958
 Scheffer, H.M.J., 1958-1977
 Scheltema, G., 1920-1933
 Schermers, D., 1902-1925
 Scheurer, J.G., 1920-1928
 Schevichaven, H.J.L.M. van, 1902-1920
 Scheijde, E.H., 1966-1983
 Schmidt, F.H., 1962-1977
 Schnabel, P., 1987-
 Scholte, P.J.L., 1973-1978
 Scholten, J.E., 1902-1907
 Schölvink, J.G., 1902-1920
 Schoorl, N., 1920-1923; 1935-1940
 Schoot, J.B. van der, 1985-
 Schouten, J., 1902-1931
 Schröder, F.H., 1987-
 Schroten, E., 1987-
 Schrijver, N., 1924-1929
 Schuckink Kool, A., 1917-1920; 1922-1950
 Schüffner, W.A.P., 1934-1945
 Schulze, R.A.P.J., 1991-1992
 Schuring, F., 1990-
 Schut, D., 1902-1917
 Schuurmans Stekhoven, J.H., 1902-1941
 Schwarz, F., 1987-1991
 Schweizer, A.Th., 1990-
 Seinen, W., 1990-
 Severijnen, A.G.W., 1950-1956

- Siderius, P., 1962-1971; 1987-
 Siemons, G.H.A., 1992-
 Sievertsen Büvig, S., 1927-1950
 Sips, A.J.B.I., 1985-
 Sitsen, J.M.A., 1987-
 Sixma, J.J., 1990-
 Sluimers, D.M., 1987-1991
 Sluys Veer, J. van der, 1987-
 Sluyters, B., 1982-
 Smelik, P.G., 1990-
 Smit, Ch.P.G.J., 1945-1946
 Snijder van Wissenkerke, F.J.W.G., 1920-1936
 Snijders, T.J.H., 1920-1922
 Sobels, F.H., 1962-1992
 Somerwil, A., 1962-1977
 Spaander, J., 1950-1979
 Spaander, P., 1958-1976
 Spanje, N.P. van, 1902-1940
 Sporken, C.P., 1982-
 Spronck, Ch.H.H., 1902-1923
 Spijjer, S., 1950-1965
 Stadt, E. van de, 1920-1932
 Stal, P.L., 1964-1965
 Steenberg, M.H., 1972-1975
 Steenberghe-Engeringh, F., 1920-1950
 Stegenga, A., 1962-1973
 Stevens, W.F., 1983-1992
 Stolte, J.B., 1974-1978
 Stork, J., 1950-1958
 Struycken, C.J.G., 1920-1935
 Struijk, R., 1935-1950
 Struyvenberg, A., 1973-
 Stumpff, J.E., 1920-1941
 Sturmans, F., 1980-
 Stuurman, F.J., 1934-1945
 Stuyt, L.B.J., 1962-1971; 1974-1980; 1983-1985;
 1989-
 Sunier, A., 1958-1962
 Swellengrebel, N.H., 1927-1958
 Swier, V., 1928-1950
 Sypkens Smit, M., 1938-1941; 1945-1950
- Taminiau, Ph.L.M.M., 1934-1939
 Terburgh, J.Th., 1920-1940
 Tesch, J.W., 1959-1971
 Teijgeler, C.A., 1967-1987
 Thiel, P.H. van, 1950-1965
 Thomas, P., 1973-1989
 Thije, J.H. ten, 1958-1965
 Thijssen, J.M., 1984-
 Tielens, V.C.L., 1983-1987
 Tilburg, A.Th. van, 1950-1955
 Timmerman, W.Aeg., 1934-1950
 Tongeren, J.H.M. van, 1990-
 Trier, A.A.Th.M., 1972-1974
 Trip, L.J.A., 1922-1923
- Tulleken, C.A.F., 1987-
 Tuntler, J.H., 1950-1958
- Ulmann, R.M., 1980-1989
- Valckenier Kips, J.H., 1922-1924
 Valentgoed, P.H., 1953-1968
 Valkenburg, H.A., 1977-1981
 Vandenbroucke, J.P., 1990-
 Vastenou, P.J., 1922-1926
 Veen, C. van der, 1987-
 Veen, J. van der, 1969-1992
 Velde, A.H. van de, 1938-1946
 Veldkamp, G.M.J., 1973-1985
 Ven, J.A. van der, 1985
 Veraart, J.B.M., 1962-1969
 Verbeek, O.J.H.M., 1962-1971
 Verburg, H., 1989-
 Verhagen, H.J.A., 1977-1982
 Verheul, T., 1969-1972
 Verhey, J.B.M., 1974-1991
 Verhoef, R., 1979-
 Verhoeff, J., 1990-1991
 Verjaal, A., 1962-1973
 Verkerk, P.J., 1988-
 Verlinde, J.D., 1950-1977
 Vermeulen, L., 1929-1950
 Vermeij, J., 1982-1991
 Versteeg, J., 1988-
 Verstege, J.Ch.W., 1968-1973
 Verwey Mejan, M., 1925-1927
 Visser, H.K.A., 1974-
 Visser, H.L., 1920-1941
 Visser, S.L., 1980-1990
 Vitringa, A.J., 1950-1958
 Vliet, B. van, 1958-1971
 Voerman, G.L., 1937-1950
 Vogel, E.W., 1977-
 Vogelenzang, E.H., 1947-1962
 Vonk, J.T.Ch., 1973-1990
 Voorhoeve, P.E., 1975-
 Vorstman, J., 1920-1922
 Vos, B.H., 1922-1924
 Vos, J.J., 1990-
 Vos, J.J.Th., 1950-1958
 Vossenaar, Th., 1969-1985
 Vree, P.H., 1990-
 Vreeken, J., 1978-1991
 Vreeze, J.Th.M. de, 1973-1983
 Vrendenburg, C.W., 1926-1928
 Vries, E. de, 1953-1962
 Vries, L.P. de, 1958-1961
 Vries-Kruyt, T. de, 1981-1982
- Waard, F. de, 1983-
 Wadman, S.K., 1983-1991

Wagenaar, C., 1986-
 Wagenvoort, H., 1950-1962
 Wal, C. van der, 1983-1989
 Wal, L. van der, 1922-1950
 Waller, F.G., 1902-1908
 Wassink, W.F., 1950-1958
 Wefers Bettink, H., 1902-1920
 Wellens, H.J.J., 1991-
 Wemmers, H.H., 1964-
 Wensing, C.J.G., 1987-
 Went, J.J., 1958-1977
 Wentink, E.G., 1902-1911
 Werf, T. van der, 1987-
 Werff ten Bosch, J.J. van der, 1976-
 Wessel, I., 1939-1941; 1945-1950
 Westenbrink, H.G.K., 1958-1965
 Wester, J., 1950-1985
 Weijerman, J.W. Jenny, 1902-1931
 Wibaut, F., 1950-1958
 Wied, D. de, 1990-
 Wilkens, J.Th., 1950-1954
 Willems, J.H.B.M., 1991-
 Wilterdink, J.B., 1980-
 Winckel, Ch.W.F., 1950-1958
 Windemuller, Ph.J., 1958-1962
 Wink, A., 1973-1981
 Winkler, C., 1902-1920
 Wit, G. de, 1969-1977
 Wladimiroff, J.W., 1987-
 Woelderen, C.L. van, 1973-1982
 Wolff, J.W., 1950-1962
 Wolff, L.K., 1934-1938
 Woltering, P.M.J.M.E., 1902-1915
 Wolters, H., 1920-1925
 Wolvius, D., 1974-1986
 Wortman, H., 1902-1920
 Wouters, J.T., 1902-1925
 Wijffels, J.C.H.M., 1980-
 Wijn, J.F. de, 1973-1982

IJsselstein, H.A. van, 1909-1919

Zaalberg, C.J.Ph., 1920-1932
 Zanen, H.C., 1969-1989
 Zegers, L., 1984-1989
 Zelders, T., 1980-
 Zielhuis, R.L., 1969-1991
 Zoeteman, B.C.J., 1984-1988
 Zoetmulder, J.M.A., 1920-1944
 Zwaveling, A., 1977-1982
 Zijderveld, B. van, 1983-
 Zijlstra, K.C., 1963-1980

BIJLAGE II BEWINDSLIEDEN EN DIRECTEUREN-GENERAAL BELAST MET HET VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

A MINISTERS

Dr. A. Kuyper (ARP) 1 augustus 1901 - 17 augustus 1905
Mr. P. Rink (Liberale Unie) 17 augustus 1905 - 12 februari 1908
Mr. Th. Heemskerk (ARP) 12 februari 1908 - 29 augustus 1913
Mr. P.W.A. Cort van der Linden (onafhankelijk liberaal) 29 augustus 1913 - 9 september 1918
Mr. P.J.M. Aalberse (Algemeene Bond van r.k.-kiesverenigingen) 9 september 1918 - 4 augustus 1925
Mr. D.A.P.N. Koolen (Algemeene Bond van r.k.-kiesverenigingen) 4 augustus 1925 - 8 maart 1926
Dr. J.R. Slotemaker de Bruïne (CHU) 8 maart 1926 - 10 augustus 1929
Mr. T.J. Verschuur (RKSP) 10 augustus 1929 - 1 mei 1932
Jhr. mr. Ch.J.M. Ruijs de Beerenbrouck (RKSP) 1 mei 1932 - 12 juni 1933
Dr. J.R. Slotemaker de Bruïne (CHU) 12 juni 1933 - 31 juli 1935
Mr. M. Slingenberg (VDB) 31 juli 1935 - 24 juni 1937
Mr. C.P.M. Romme (RKSP) 24 juni 1937 - 25 juli 1939
Dr. ir. M.H. Damme (partijloos) 25 juli 1939 - 10 augustus 1939
Dr. J. van den Tempel (SDAP) 10 augustus 1939 - 10 mei 1940
W. Drees (PvdA) 24 juni 1945 - 7 augustus 1948
Mr. A.M. Joekes (PvdA) 7 augustus 1948 - 2 september 1952
J.G. Suurhoff (PvdA) 2 september 1952 - 22 december 1958
Dr. L.J.M. Beel (KVP) 22 december 1958 - 19 mei 1959
Mr. dr. Ch.J.M.A. van Rooy (KVP) 19 mei 1959 - 3 juli 1961
Dr. G.M.J. Veldkamp (KVP) 17 juli 1961 - 5 april 1967
B. Roolvink (ARP) 5 april 1967 - 6 juli 1971
Dr. L.B.J. Stuyt (KVP) 6 juli 1971 - 11 mei 1973
Mw. mr. I. Vorrink (PvdA) 11 mei 1973 - 19 december 1977
Dr. L. Ginjaar (VVD) 19 december 1977 - 11 september 1981
Mw. M.H.M.F. Gardeniers-Berendsen (CDA) 11 september 1981 - 4 november 1982
Mr. drs. L.C. Brinkman (CDA) 4 november 1982 - 7 november 1989
Mw. drs. H. d'Ancona (PvdA) 7 november 1989 -

B STAATSSECRETARISSEN

Dr. P. Muntendam (PvdA) 1 april 1950 - 1 oktober 1953
B. Roolvink (ARP) 15 juni 1959 - 24 juli 1963
Dr. A.J.H. Bartels (KVP) 3 september 1963 - 5 april 1967
Dr. R.J.H. Kruisinga (CHU) 18 april 1967 - 6 juli 1971
J.P.M. Hendriks (KVP) 11 mei 1973 - 19 december 1977
Mw. mr. E. Veder-Smit (VVD) 3 januari 1978 - 11 september 1981
Mw. mr. J.J. Lambers-Hacquebard (D'66) 11 september 1981 - 4 november 1982
Drs. J.P. van der Reijden (CDA) 5 november 1982 - 14 juli 1986
Drs. D.J.D. Dees (VVD) 14 juli 1986 - 7 november 1989
Drs. H.J. Simons (PvdA) 7 november 1989 -

C DIRECTEUREN-GENERAAL VAN DE VOLKSGEZONDHEID

Mr. L. Lietaert Peerbolte 1 oktober 1919 - 1 januari 1936
Dr. C. van den Berg 1 mei 1936 - 24 maart 1942
Dr. C. Banning ? - 12 juli 1942 (waarnemend)
Dr. F.O. Bruyning 12 juli 1942 - 18 maart 1944

Dr. C. van den Berg 5 mei 1945 - 1 april 1949
Dr. P. Muntendam 1 april 1949 - 1 april 1950
Prof. dr. P. Muntendam 1 oktober 1953 - 1 oktober 1964
Drs. P.L. Stal 1 oktober 1964 - 1 juni 1965
Dr. R.J.H. Kruisinga 1 juni 1965 - 18 april 1967
Dr. P. Siderius 1 mei 1967 - 9 juli 1971
Drs. W.B. Gerritsen 9 augustus 1971 - 1 januari 1977
Prof. drs. J. van Londen 1 januari 1977 - 1 april 1991
Prof. dr. B. Sangster 1 april 1991 -

BIJLAGE III ADVIEZEN (CENTRALE) GEZONDHEIDSRAAD 1902-1992

Deze bijlage geeft een chronologische rangschikking van de door de (Centrale) Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen. De vanaf 1955 verschenen adviezen zijn voorzien van het nummer waaronder het desbetreffende rapport is terug te vinden in de bibliotheek van de Gezondheidsraad. Voor de vóór 1955 uitgebrachte adviezen moet men de archieven van de Gezondheidsraad raadplegen (zie paragraaf 1.4).

1902

- 1 Voorstel CBS betreffende wijziging indeling sterftestatistieken
- 2 Bezwaren Hollandsche IJzeren Spoorwegmaatschappij tegen vervoer besmette goederen per trein
- 3 Model jaarverslag Centrale Gezondheidsraad
- 4 Uitvoering Epidemiewet 1872
- 5 Begroting 1903 uitvoering Gezondheids- en Woningwet
- 6 Voorstel Nederlandsche Vereeniging voor paediatric betreffende benoeming hoogleraar
- 7 Model register van personen werkzaam in de gezondheidszorg
- 8 Bouw quarantaine-inrichting op Vlieland

1903

- 9 Wettelijke regeling melkverkoop
- 10 Drinkwatervoorziening gemeente Sloten
- 11 Erkenning buitenlandse diploma's geneeskundigen en tandmeesters
- 12 Huisvesting en laboratorium
- 13 Model jaarverslag gemeentebesturen betreffende het gevoerde beleid op het terrein van de volkshuisvesting
- 14 Homeopathische pharmacopee
- 15 Ambtskostuum functionarissen Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 16 Adres levensverzekeringsmaatschappij Neerlandia betreffende verstrekking medische gegevens (medisch ambtsgeheim)
- 17 Verslag onderzoek naar de opslag van cokes in de gemeente Utrecht
- 18 Wettelijke regeling keuring van vlees
- 19 Voorstel NMG betreffende het op hygiënische wijze bereiden van melk(produkten)
- 20 Onderzoek hygiënische omstandigheden in krankzinnigeninrichtingen
- 21 Afbakening werkterreinen Arbeidsinspectie en Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 22 Ontwerp-Ontsmettingswet
- 23 Wijziging vaccinatiebepalingen Epidemiewet
- 24 Standpuntbepaling Nederlandse regering op Sanitaire Conferentie van Parijs in 1903
- 25 Afvaardiging naar Internationaal Congres voor Schoolhygiëne

1904

- 26 Oprichting leprozeninrichting in Nederland
- 27 Wettelijke regeling preventie en bestrijding lepra
- 28 Voorstel Vereeniging tot verbetering van de Oostermoersche Vaart en van de waterstanden op het Stadskanaal betreffende het tot stand brengen van een verbinding tussen de Hunze en het Stadskanaal
- 29 Onderzoek adenoïde vegetatie bij schoolkinderen
- 30 Preventie en bestrijding mijnwormziekte
- 31 Nota-Menno Huizinga over functioneren Centrale Gezondheidsraad
- 32 Voorwaarden verlening overheidssubsidie voor de behandeling van on- en minvermogene lijdens aan tuberculose
- 33 Preventie en bestrijding tuberculose

- 34 Preventie caissonziekte
- 35 Verzoek prof. dr. Ch.H.H. Spronck betreffende overheidssubsidie voor vervaardiging van anti-difterieserum
- 36 Verspreiding tuberculose door koepokinenting
- 37 Verplaatsbare ziekenbarakken
- 38 Zuivering afvalwater volgens systeem-Vial

1905

- 39 Taak Staattoezicht op de Volksgezondheid op terrein drinkwatervoorziening
- 40 Afkondiging buitengewone maatregelen tegen cholera
- 41 Overzicht wettelijke regelingen in buitenland betreffende melkverkoop
- 42 Instructies vroedvrouwen
- 43 Werking Clayton-ontsmettingstoestel
- 44 Woonomstandigheden arbeiders
- 45 Hygiënische omstandigheden in oesterbewaarplaatsen
- 46 Lood in leidingwater
- 47 Subsidiëring particuliere organisaties ter bestrijding van tuberculose
- 48 Verspreiding besmettelijke ziekten via het postvervoer
- 49 Inlichtingen en raadgevingen aan vroedvrouwen
- 50 Voorstel Bond van Vrouwelijke Verloskundigen betreffende wijziging Wet regelende de uitoefening der geneeskunst
- 51 Subsidiëring Nederlandsch Gymnastiekverbond
- 52 Preventie longtuberculose
- 53 Voorstel Nederlandsche Vereeniging tot Bescherming van Dieren betreffende oprichting openbare slachthuizen
- 54 Onderwijs in hygiëne
- 55 Septic-tankinstallatie gemeentelijk slachthuis te Alkmaar
- 56 Septic-tankinstallatie Academisch Ziekenhuis Groningen
- 57 Schatting aantal gevallen van lepra
- 58 Consumptie sacharine en suiker
- 59 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders

1906

- 60 Reglement van orde
- 61 Gebouw Centrale Gezondheidsraad
- 62 Subsidiëring oprichting stoomgemaal te Schardam
- 63 Onderzoek hygiënische omstandigheden in oesterbewaarplaatsen
- 64 Rattenverdelging aan boord van schepen (systeem-Marot)
- 65 Voorstel Nederlandsche Maatschappij tot Automatische Vernietiging van Rioolstoffen betreffende reiniging riool- en afvalwater te Middelburg
- 66 Zuivering afvalwater volgens systeem-Neilson
- 67 Gewenste afmetingen spoorwegwachterswoningen
- 68 Maatregelen tegen kwakzalverij
- 69 Preventie nekkramp
- 70 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 71 Wijziging Woningwet
- 72 Aantal gevallen van Syfilis in Nederlands-Indië
- 73 Behandeling leprapatiënten met jodoform
- 74 Biologische zuiveringsinstallatie gemeente Groningen
- 75 Gebruik email bij vervaardiging drinkwaterleidingen
- 76 Inlichtingen en raadgevingen aan vroedvrouwen
- 77 Maatregelen tegen verspreiding cholera onder schippers

1907

- 78 Adres Bond tegen Vaccinedwang betreffende pokkenvaccinatie
- 79 Hygiënische omstandigheden in oesterbewaarplaatsen
- 80 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 81 Model voor ziekenbarakken op platteland
- 82 Herziening bepalingen Epidemiewet over Rijksontsmettingsstations
- 83 Voorstel Algemeen Nederlandsch Werkliedenverbond betreffende het nemen van wettelijke maatregelen ter verbetering van de ziekenverpleging
- 84 Onderzoek hygiënische omstandigheden in kazernes
- 85 Herziening Hinderwet
- 86 Instructies geneeskundig inspecteurs betreffende verzameling gegevens patiënten met rabies
- 87 Organisatie Centraal Laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 88 Wijziging Gezondheidswet
- 89 Opzet vaccinatieformulieren
- 90 Lichamelijke eisen te stellen aan aspirant-landmeesters en tekenaars van het kadaster
- 91 Verkoop van nieuw-malthusiaanse middelen
- 92 Stank in urinoirs
- 93 Reis- en verblijfkosten leden gezondheidscommissies
- 94 Ontsmettingsmiddel Autan

1908

- 95 Wetsontwerp tot regeling van het toezicht op levens- en genotmiddelen
- 96 Wijziging Gezondheidswet
- 97 Het verband tussen buiktyfus en de consumptie van oesters
- 98 Verordeningen ter verbetering hygiënische omstandigheden in oesterbewaarplaatsen
- 99 Aardewerk met loodafgevend glazuur
- 100 Ozonisatie van drinkwater
- 101 Arsenicum in behangselpapier
- 102 Lood in leidingwater
- 103 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 104 Maatregelen tegen verspreiding cholera onder schippers
- 105 Werking zelfontijzerende pompen
- 106 Hygiënische omstandigheden op scholen
- 107 Onderwijs in vaccinatie aan medische studenten
- 108 Beroepsziekten
- 109 Wetsontwerp betreffende de keuring van vlees
- 110 Stofplaag door autoverkeer
- 111 Ontsmetting openbare spreekcellen
- 112 Wettelijke maatregelen ter bescherming van werklieden in lompensoortederijen
- 113 Paratyfus te Weert
- 114 Het op wetenschappelijke gronden vaststellen van de dood
- 115 Verwarmen van treincoupés
- 116 Effectiviteit ontsmettingsmiddel Sanitas Okol
- 117 Wettelijke maatregelen betreffende sera en vaccins
- 118 Examen voor apothekersassistenten

1909

- 119 Wijziging Gezondheidswet
- 120 Biologische zuiveringsmethode
- 121 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 122 Ontsmettingsovens

- 123 Verontreiniging dienstlokalen door spuwen
- 124 Conserveringsmiddelen in eet- en drinkwaren
- 125 Functioneren staatsapotheken
- 126 Verstrekking drinkwater aan schippers
- 127 Aantal gevallen van polio

1910

- 128 Arsenicum in behangselpapier
- 129 Rattenverdelging aan boord van schepen (systeem-Marot)
- 130 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 131 Voorstel Nosokomos betreffende wet tot regeling van de opleiding en de examens van ziekenverpleegsters en -verplegers
- 132 Hygiënische omstandigheden in melkstallen
- 133 Wijziging Gezondheidswet
- 134 Bestrijding kwakzalverij
- 135 Eisen te stellen aan weegwerktuigen in apotheken
- 136 Ontsmettingsmiddel kresolzeepwater
- 137 Maatregelen bij vervoer en opslag ferrosilicium
- 138 Heel- en verbandmiddelen aan boord van schepen
- 139 Eisen te stellen aan rookhelm die wordt gebruikt in ruimtes met zwaveligzuur
- 140 Oorzaken van polio
- 141 Voorstel Duitse regering ter bestrijding van cholera in de grensstreek met Nederland
- 142 Ontsmetting van telefoontoestellen
- 143 Preventie en bestrijding nekkramp
- 144 Quarantaine-inrichtingen aan zee grenzen

1911

- 145 Opvang lepralijders
- 146 Consumptie sacharine en suiker
- 147 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 148 Ontsmettingsmiddel Autan
- 149 Inrichtingen ter bestrijding van besmettelijke ziekten aan de landgrenzen
- 150 Gemeenteverordening verstrekking drinkwater aan schippers
- 151 Verzoek particulier voor overheidssubsidie ten behoeve van onderzoek naar kanker
- 152 Medische bezwaren tegen zijdelingse inentingsdwang pokken
- 153 Subsidiëring verpleging epileptici
- 154 Onderzoek in Centraal Laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 155 Conserveringsmiddelen en kleurstoffen in eetwaren
- 156 Ontwerp-Vleeskeuringswet
- 157 Standpuntbepaling Nederlandse regering op Internationale Opiumconferentie te Den Haag

1912

- 158 Wetsontwerp regelende de uitoefening van de artsennijbereidkunde
- 159 Grondslagen voor nieuwe Epidemiewet
- 160 Reglement van orde
- 161 Oneetbare dierlijke vetten uit Canada en de Verenigde Staten
- 162 Lood in leidingwater
- 163 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 164 Gebruik ondermelk bij aanmaak van kalk
- 165 Uitgave homeopathisch supplement Nederlandse pharmacopee

- 166 Uitvoering Woningwet
- 167 Rapport NMG en verzoek Bond van Vrouwelijke Verloskundigen betreffende voorwaarden voor toelating tot de opleiding van vroedvrouwen
- 168 Invloed loden pompbuizen op samenstelling grondwater
- 169 Invloed bodemgesteldheid op sterfte

1913

- 170 Ontwerp-Quarantainewet
- 171 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 172 Pasteurisatie van melk
- 173 Opleiding heilgymnastiek en massage
- 174 Geneeskundige en verloskundige hulp op Zeeuws-Vlaanderen
- 175 Ontwerp-Opiumwet
- 176 Verzameling hydrologische gegevens
- 177 Uitvoering Sanitaire Conventie van Parijs (1903)
- 178 Aanleg vloeivelden te Hilversum
- 179 Verzoek Bond van Nederlandsche Onderwijzers betreffende wettelijke maatregelen tegen roken door kinderen
- 180 Nystagmus bij mijnwerkers
- 181 Arsenicumvergiftiging door Hollands zinkwit
- 182 Verplaatsbare ziekenbarakken
- 183 Positie tandtechnici
- 184 Uitbreiding geneeskundige voorzieningen te Willemstad (Curaçao) in verband met opening Panamakanaal

1914

- 185 Advies van geneeskundig inspecteurs inzake wijziging Epidemiewet
- 186 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 187 Preventie pest
- 188 Ontwerp-Landverhuizerswet
- 189 Hygiënische omstandigheden bij bereiding van melk
- 190 Voorstellen Staatscommissie van den Landbouw betreffende woonomstandigheden landarbeiders
- 191 Drinkwatervoorziening op platteland
- 192 Verspreiding besmettelijke ziekten via vliegen
- 193 Bevordering totstandkoming Pokkenbesluit
- 194 Wetsontwerp tot regeling van het toezicht op woonwagens en -schepen
- 195 Examen vroedvrouwen
- 196 Besmettelijkheid lepra
- 197 Samenstelling brood
- 198 Het schadeloosstellen van lijders aan pest of cholera die worden geïsoleerd
- 199 Gevolgen huisindustrie voor volksgezondheid
- 200 Verspreiding pestbacterie door ratten en vlooiën
- 201 Bestrijding kwakzalverij

1915

- 202 Onderzoek naar rookgedrag schoolgaande kinderen
- 203 Verzakkingen mijngangen Kerkrade
- 204 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 205 Uitvoering Woningwet

- 206 Samenwerking Arbeidsinspectie en Staatstoezicht op de Volksgezondheid inzake de bestrijding van de verontreiniging van openbare wateren
- 207 Gevaar besmettelijke huidziekten dieren voor mens
- 208 Verspreiding besmettelijke ziekten via luizen
- 209 Ontwerp-Handelswarenwet
- 210 Wijziging Gezondheidswet
- 211 Consumptie van aan ziekte gestorven hoenders en adellijk wild
- 212 Bestrijding kwakzalverij
- 213 Systeem van ontsmettingsoven
- 214 Rol Staatstoezicht op de Volksgezondheid bij (ver)bouwen van scholen
- 215 Erkenning van in koloniën behaalde diploma's op terrein uitoefening van de tandheekkunde
- 216 Voedingstoestand
- 217 Invloed oorlog op gezondheidstoestand

1916

- 218 Wetsontwerp regelende de uitoefening van de artsennijbereidkunde
- 219 Toelating van kwakzalvers tot de uitoefening van de geneeskunde
- 220 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 221 Onderzoek vruchtbaarheid vrouw in jaren 1865-1914
- 222 Aantal gevallen van paratyfus
- 223 Verspreiding besmettelijke ziekten via muggen
- 224 Reiniging afvalwater beetwortelsuikerfabrieken
- 225 Uitvoering Woningwet
- 226 Ontwerp-Warenwet
- 227 Geneesmiddelenvoorziening
- 228 Beveiliging personeel posterijen tegen besmetting door mailzakken

1917

- 229 Subsidie-aanvraag Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der melaatschheid
- 230 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 231 Onderzoek sterfte aan longtuberculose in jaren 1910-1914
- 232 Keuren varkensvlees op trichinen
- 233 Hygiënische omstandigheden in lompen- en beenderenbewaarplaatsen
- 234 Preventie en bestrijding tuberculose
- 235 Onderzoek aantal gevallen van krop onder militairen
- 236 Invloed oorlog op gezondheidstoestand
- 237 Model voor gemeenteverordening waardoor pellen, koken en zouten van mosselen en pellen van garnalen in huisindustrie wordt verboden
- 238 Begraven van lijken op zondag
- 239 Stofbindende middelen voor wegen

1918

- 240 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 241 Verstrekking drinkwater aan schippers
- 242 Onderzoek sterfte aan kanker in jaren 1910-1914
- 243 Wettelijke regeling betreffende bereiding en verstrekking van sera
- 244 Reiniging afvalwater beetwortelsuikerfabrieken
- 245 Onderzoek kwaliteit drinkwater
- 246 Invloed oorlog op gezondheidstoestand
- 247 Verwerking van lompen in de huisindustrie

248 Maatregelen bij optreden besmettelijke ziekte in trein

1919

- 249 Ontwerp-Gezondheidswet (1)
- 250 Ontwerp-Gezondheidswet (2)
- 251 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 252 Wetsontwerp betreffende drinkwatervoorziening aan boord van Rijnschepen
- 253 Preventie van geslachtsziekten
- 254 Preventie en bestrijding van vlektyfus
- 255 Financiële positie vroedvrouwen

1920

- 256 Subsidie-aanvraag Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der melaatschheid
- 257 Uitbreiding bevoegdheden vroedvrouwen
- 258 Aantal door mijnwormziekte besmette arbeiders
- 259 Samenwerkingsverband met Engeland ter bestrijding van handel in opium
- 260 Reiniging afvalwater beetwortelsuikerfabrieken
- 261 Internationaal voorschrift betreffende drinkwaterreservoirs aan boord van Rijnschepen

1921

- 262 Invloed oorlog op gezondheidstoestand
- 263 Plaatsing OIHP onder gezag Volkenbond
- 264 Maatregelen tegen voor gezondheid gevaarlijke ontsmettingsmiddelen
- 265 Positie (half)blinden
- 266 Opleiding hygiënisten
- 267 Voorstel Vereeniging voor Sociale Kinderhygiëne om cursussen te verzorgen aan schoolartsen-in-spe
- 268 Erkenning van in Engeland behaalde geneeskundige diploma's
- 269 Subsidie-aanvraag Groene Kruis
- 270 Subsidiëring onderzoek Nederlandsche Vereeniging voor Thalasso-Therapie naar intensiteit zonlicht
- 271 Subsidie-aanvraag Nederlandsche Vereeniging Eerste Hulp bij Ongelukken
- 272 Subsidie-aanvraag Comité ter Bevordering van Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk
- 273 Difteriebacillen bij tijdelijk in ons land verblijvende kinderen
- 274 Ontwerp-Epidemiewet
- 275 Samenwerking met Duitse regering inzake bestrijding besmettelijke ziekten
- 276 Aantal lepralijders
- 277 Ontsmetting van wol ter bestrijding van miltvuur
- 278 Drijvende ziekenbarakken voor afzondering van lijders aan besmettelijke ziekten
- 279 Organisatie tuberculosebestrijding
- 280 Opneming tuberculoselijders in sanatoria
- 281 Schuldvraag bij ontstaan geslachtsziekten
- 282 Militairen verplichten tot bijwonen van lezingen met lichtbeelden over geslachtsziekten
- 283 Reactie minister op advies over lezingen met lichtbeelden over geslachtsziekten
- 284 Internationale overeenkomst betreffende behandeling zeelieden met geslachtsziekten
- 285 Adres Vereeniging voor Kunstgebitmakers over bevoegdheden op terrein uitoefening van de tandheelkunde
- 286 Gebruik dierlijke organen bij bereiding geneesmiddelen
- 287 Uitvoering Opiumwet
- 288 Verzending van opium en morfine per post
- 289 Overeenkomst met Engelse regering inzake uitvoer van verdovende middelen
- 290 Gebruik vergiften in landbouw

- 291 Gewijzigd ontwerp-Epidemiewet
- 292 Rantsoenen voor vluchtelingen in kamp te Harderwijk
- 293 Verontreiniging Vecht
- 294 Apparaat voor de bereiding van steriel drinkwater
- 295 Invoering distributiestelsel voor sterke drank
- 296 Het onderbrengen van een consultatiebureau voor zuigelingen bij de Rijkskweekschool voor vroedvrouwen te Rotterdam
- 297 Onderzoek naar mijnwormziekte

1922

- 298 Medisch ambtsgeheim
- 299 Inhoud cursus maatschappelijke gezondheidsleer en bacteriologie
- 300 Oprichting Internationaal Bureau voor Veeziekten
- 301 Bestrijding kwakzalverij
- 302 Voorstel Staatscommissie ter bestrijding van kwakzalverij
- 303 Invloed hypnotische seances op volksgezondheid
- 304 Wetsontwerp ter beteugeling van hypnotische seances
- 305 Afgevaardigde Nederland in Gezondheidsraad te Constantinopel
- 306 Wijziging Internationale Sanitaire Conventie van Parijs (1912)
- 307 Pokken en vlektyfus in Griekenland
- 308 Inenting kinderen tegen difterie
- 309 Preventie en bestrijding tuberculose
- 310 Erkennung van in Nederlands-Indië behaalde diploma's op terrein zieken- en krankzinnigenverpleging
- 311 Vergunning aan Duitse verpleegsters
- 312 Gebruik pituitrine door vroedvrouwen
- 313 Wetsontwerp betreffende het in het verkeer brengen van geneesmiddelen
- 314 Bestrijding verkoop van kwakzalversmiddelen (1)
- 315 Bestrijding verkoop van kwakzalversmiddelen (2)
- 316 Ontwerp tot wijziging van de Opiumwet
- 317 Misbruik sera en vaccins
- 318 Wettelijke regeling sera en vaccins
- 319 Lokatie lompenbewaarplassen
- 320 Kwartalsgewijze publikatie van statistische cijfers betreffende huwelijk, geboorte en sterfte
- 321 Aantal gevallen van pest in Nederlands-Indië
- 322 Wettelijke regeling tegen roken door kinderen
- 323 Ademhalingsgymnastiek op scholen
- 324 Keuring onderwijzers
- 325 Normen arsenicumgehalte in onder meer voedingsmiddelen en gebruiksartikelen

1923

- 326 Bestrijding hypnotische seances (circulaire aan burgemeesters)
- 327 Gevolgen invoering zomertijd op volksgezondheid
- 328 Uitvoering Vleeskeurings- en Warenwet
- 329 Platanen langs snelwegen
- 330 Voortbestaan gezondheidscommissies
- 331 Officieren van gezondheid en de keuringen voor de Pensioenwet
- 332 Bevoegdheden vroedvrouwen
- 333 Wijziging Internationale Sanitaire Conventie van Parijs (1912)
- 334 Samenwerkingsverband OIHP en Comité d'Hygiène
- 335 Model gezondheidspatent voor schepen
- 336 Internationale overeenkomst betreffende behandeling zeelieden met geslachtsziekten
- 337 Organisatie bestrijding van geslachtsziekten

- 338 Adres Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der Geslachtsziektes betreffende seksuele opvoeding en voorlichting
- 339 Adres Nederlandsche Tandtechnici Vereeniging over uitbreiding bevoegdheden
- 340 Voorlichting bevolking over gevolgen gebruik verdovende middelen
- 341 Eisen voor examen apothekersassistenten
- 342 Subsidiëring Nederlandsch Instituut voor Volksvoeding
- 343 Gevaar brandspiritus
- 344 Beleid gemeentebestuur Dongen inzake afvoer faecaliën
- 345 Uitvoering Woningwet
- 346 Verkoop van met overheidssubsidie gebouwde woningen aan particulieren
- 347 Wijziging Woningwet
- 348 Adres Nederlandschen Bond van Huis- en Grondeigenaren en Bouwondernemers betreffende benarde positie bouwondernemers

1924

- 349 Wetsontwerp houdende nadere voorschriften voor de uitoefening der geneeskunst
- 350 Positie tandtechnici
- 351 Erkenning Nieuw-Malthusiaansche Bond als rechtspersoon
- 352 Subsidiëring Vereeniging spraakgebrekkige en achterlijke kinderen
- 353 Wettelijke regeling sera en vaccins
- 354 Model gezondheidspatent voor schepen
- 355 Ontrating van schepen
- 356 Methode-Ponndorf tegen tuberculose
- 357 Middelen tegen geslachtsziekten
- 358 Naleving internationale regeling betreffende bestrijding geslachtsziekten
- 359 Opleiding van kraamverzorgsters en bakkers
- 360 Wetsontwerp tot regeling van de uitoefening van de artsennijbereidkunde
- 361 Gebruik heroïne als geneesmiddel
- 362 Bereiding en aflevering insuline
- 363 Geheimhouding samenstelling geneesmiddel
- 364 Verbod venten van melk op zondag in Arnhem
- 365 Opheffing Huurwetten
- 366 Bedsteden
- 367 Het met gaas voorzien van slaapkamerramen ter voorkoming besmetting malaria
- 368 Maatregelen tegen gasvergiftiging

1925

- 369 Persdienst bij de Gezondheidsraad
- 370 Gevaar gebruik droog loodwit
- 371 Doelmatigheid gebruik bacteriepreparaten Ratin en Ratinin tegen rattenplaag
- 372 Gebruik chloroformolie door vroedvrouwen
- 373 Beoordeling rapport staatscommissie over het toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
- 374 Invoer anti-difterieserum
- 375 Quarantainestation te Kamaran
- 376 Keuring van onderwijzers op tuberculose
- 377 Adres Nosokomos betreffende opnemingskosten wijkverpleging in Ziekenfondswet
- 378 Eisen voor examen apothekersassistenten
- 379 Wetsontwerp Sera en Vaccins
- 380 Gewijzigd wetsontwerp Sera en Vaccins
- 381 Aseptische behandeling van melk
- 382 Levering afvalzout aan groentezouters
- 383 Eisen te stellen aan cosmetica

- 384 Septic-tankinstallatie van ziekenhuis voor afvoer was-, spoel- en hemelwater
- 385 Definiëring begrip mortinataliteit
- 386 Opleiding van hygiënisten

1926

- 387 Voorwaarden voor toepassing van röntgenstralen in de geneeskunde
- 388 Adres Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde betreffende toepassing röntgenstralen door tandartsen
- 389 Gebruik chloroformolie door vroedvrouwen
- 390 Beoordeling klachten over uitzending kinderen naar koloniehuisen
- 391 Trachoom
- 392 Oproep gezondheidscommissie Den Haag betreffende pokkenvaccinatie
- 393 Gevolgen wetsontwerp Weeldeverteringsbelasting voor ziekenhuizen
- 394 Reinigen en ontsmetten van telefoontoestellen met Nerolit
- 395 Gevaar bestrijdingsmiddel dynamid voor volksgezondheid
- 396 Ontsmettingsoven te Helmond
- 397 Uitvoering Arbeidswet in ziekeninrichtingen
- 398 Gewijzigd wetsontwerp Sera en Vaccins
- 399 Reclame voor geneesmiddelen in tijdschriften
- 400 Opschorting pokkenvaccinatie
- 401 Beperking pokkenvaccinatie tot bepaalde maanden

1927

- 402 Samenstelling staatscommissie die onderzoek moet verrichten naar functioneren Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 403 Landbouwtechnische aangelegenheden proefpolder nabij Andijk
- 404 Onderbrengen Wetenschappelijke Malariacommissie voor Noord-Holland bij Gezondheidsraad
- 405 Uitbreiding bevoegdheden vroedvrouwen
- 406 Subsidie-aanvraag Internationale Vereeniging voor Reddingwezen en Eerste Hulp bij Ongelukken
- 407 Samenwerking OIHP en Comité d'Hygiène
- 408 Samenwerking Nederland en België betreffende sanitair toezicht op scheepvaart
- 409 Oprichting internationale organisatie voor Eerste Hulp bij rampen
- 410 Quarantainestation te Kamaran
- 411 Oprichting Nederlandsche Vereeniging ter bestrijding van Lepra
- 412 Afgifte gezondheidspassen door Nederlandse consulaire ambtenaren
- 413 Gewijzigd ontwerp-Ziekenfondswet
- 414 Klacht NMG over samenstelling commissie Gezondheidsraad die zich over de ontwerp-Ziekenfondswet buigt
- 415 Bevoegdheden drogisten
- 416 Maatregelen tegen verkoop sterkwerkende genees- en slaapmiddelen
- 417 Inbeslagneming geneesmiddelen bij drogisten
- 418 Ontwerp-Opiumwet
- 419 Beoordeling voorontwerp van wet houdende bepalingen tot regeling van de kleinhandel in alcoholische dranken
- 420 Internationale nomenclatuur van doodsoorzaken
- 421 Keuring van vis, wild en gevogelte
- 422 Internationale afspraken keuring van vlees vóór het bevriezen
- 423 Opleiding van hygiënisten
- 424 Ontwerp-AMvB hygiënische melkwinning
- 425 Vervanging dermovaccin door neurovaccin
- 426 Opschorting pokkenvaccinatie (1)
- 427 Opschorting pokkenvaccinatie (2)

428 Uitvoering Wet Sera en Vaccins

1928

- 429 Verzoek Algemeenen Nederlandschen Drogistenbond betreffende instelling staatsdiploma voor drogist
- 430 Afgevaardigde naar Lique internationale contre le Rat
- 431 Afgifte gezondheidspassen
- 432 Bestrijding roodvonk
- 433 Financiële gevolgen afspraken Internationale Sanitaire Conventie te Parijs (1926)
- 434 Verzoek tot opnemng van Izal in Ontsmettingsregulatief
- 435 Verzoek Nosokomos betreffende invoering praktijkexamen voor ziekenverpleegsters
- 436 Opleiding apothekers in Nederlands-Indië
- 437 Wetsontwerp tot regeling van de uitoefening van de artsenijsbereidkunde
- 438 Aluinhoudende bakpoeders
- 439 Verbod sacharine
- 440 Geneeskracht alcoholische dranken
- 441 Wijziging Woningwet
- 442 Opleiding van hygiënisten
- 443 Opschorting pokkenvaccinatie
- 444 Gevolgen inpoldering Zuiderzee voor verspreiding malaria
- 445 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 446 Ontwerp-Röntgenstralenwet

1929

- 447 Centralisatie instellingen en laboratoria op het terrein van de landbouw
- 448 Propaganda voor Vereeniging ter Bevordering van het Geneeskundig Onderzoek vóór het Huwelijk
- 449 Overleggen van doodsoorzaken door ambtenaren van de Burgelijke Stand aan de officier van justitie
- 450 Positie gezondheidscommissies Haarlem en Amsterdam
- 451 Uitvoering Epidemiewet
- 452 Preventie en bestrijding alastrim (1)
- 453 Preventie en bestrijding alastrim (2)
- 454 Inenting tegen roodvonk en difterie
- 455 Maltakoorts bij mensen
- 456 B.C.G.-vaccinatie
- 457 Regeling ziekenhuiswezen
- 458 Controleren van gehalten van vitamines in eet- en drinkwaren
- 459 Hygiënische melkwinning
- 460 Opschorting pokkenvaccinatie
- 461 Gebruik van blauwzuur
- 462 Onaangename smaak en reuk van drinkwater

1930

- 463 Oprichting internationale organisatie Eerste Hulp bij rampen
- 464 Subsidie-aanvraag Commissie van voorbereiding tot stichting van eene Charitatieve Vereeniging voor geestelijke volksgezondheid
- 465 Vergiftiging aan boord van schepen door ferrosilicium
- 466 Voorwaarden vestiging van artsen als specialist
- 467 Wetsontwerp inzake sanitair toezicht op de luchtvaart
- 468 Preventieve maatregelen tegen papegaaienziekte
- 469 Herziening voorschriften betreffende opleiding voor kinderverpleging
- 470 Combinatie opleidingen zieken-, zenuw- en krankzinnigenverpleging

- 471 Standaardisatie sera
- 472 Reclame voor sterkwerkende geneesmiddelen
- 473 Gezondheidstoestand van personen die geregeld rijwioldiensten uitoefenen
- 474 Opschorting pokkenvaccinatie
- 475 Bevordering pokkenvaccinatie door Staatstoezicht op de Volksgezondheid
- 476 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 477 Organisatie bestrijding polio
- 478 Gewijzigd ontwerp-Röntgenstralenwet
- 479 Uithreiding bevoegdheden vroedvrouwen

1931

- 480 Verzoek American Petroleum Company betreffende het in de handel brengen van ethyl-gasoline
- 481 Erkenning Nederlandsche Vereeniging voor Geestelijke Volksgezondheid als rechtspersoon
- 482 Inenting kinderen tegen difterie
- 483 Quarantainestation te Kamaran
- 484 Geneesmiddel tegen Engelse ziekte
- 485 Gebruik conserveringsmiddelen bij bereiding van brood
- 486 Wetsontwerp tot wijziging van Woningbesluit
- 487 Moederschapszorg
- 488 Uithreiding bevoegdheden vroedvrouwen
- 489 Adres Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage betreffende examens Genootschap
- 490 Statuten Bond van Nederlandsche Masseurs op Wetenschappelijken grondslag

1932

- 491 Subsidie-aanvraag Commissie van voorbereiding tot stichting van eene Charitatieve Vereeniging voor geestelijke volksgezondheid
- 492 Gebruik Apiol tegen menstruatiestoornissen
- 493 Hinder van hoogfrequentie-apparaten voor omwonenden
- 494 Onderzoek invloed economische crisis op volksgezondheid
- 495 Internationale overeenkomst betreffende dengue (knokkelkoorts)
- 496 Ontwerp-Genesmiddelenwet
- 497 Internationaal verdrag betreffende anti-difterieserum
- 498 Uitvoering Drankwet
- 499 Preventie en bestrijding van krop
- 500 Eindrapport Encefalitiscommissie
- 501 Opschorting pokkenvaccinatie
- 502 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 503 Invoerrechten op sera en vaccins
- 504 Toezicht op aanleg drinkwaterleidingen
- 505 Drinkwatervoorziening schepen
- 506 Medisch ambtsgeheim controlerend geneesheren
- 507 Uitvoering Röntgenstralenwet

1933

- 508 Vergiftiging aan boord van schepen door ferrosilicium
- 509 Voorwaarden vestiging van artsen als specialist
- 510 Bestrijding van verslaving aan verdovende middelen
- 511 Invoerverbod papegaaien
- 512 Preventieve maatregelen tegen Ziekte van Weil
- 513 Opleiding en examen wijkverpleging

- 514 Psychologische en psychiatrische onderdelen opleiding tot wijkverpleegster
- 515 Adres Organon betreffende beleid Franse regering bij invoer preparaten
- 516 Vestiging van stroom Duitse apothekers in Nederland
- 517 Reclame voor geneesmiddel Pyramidon
- 518 Voorstel Franse regering betreffende invoer sera en vaccins
- 519 Controle van inrichtingen waar sera en vaccins worden bereid
- 520 Adres Nederlandsch Opleidings-Instituut voor Massage en Heilgymnastiek betreffende examens instituut
- 521 Gebruik aethyleenoxyde als ontsmettingsmiddel
- 522 Gewijzigd ontwerp-Geneesmiddelenwet
- 523 Vivisectie

1934

- 524 Vraag Nederlandsch Olympisch Comité welke groep van heilgymnasten-masseurs leidende positie inneemt in Nederland
- 525 Beoordeling octrooi-aanvraag voor serum tegen kanker
- 526 Invloed economische wereldcrisis op voedingstoestand bevolking
- 527 Olvidmelk
- 528 Ondertekening verdrag Internationale Conferentie van 1929 betreffende schema voor de statistiek van doodsoorzaken
- 529 Opschorting pokkenvaccinatie
- 530 Drinkwatervoorziening schepen
- 531 Handleiding vroedvrouwen
- 532 Gelijkschakeling artsexamens Nederlands-Indië
- 533 Veiligheidsmaatregelen bewaarplaatsen waar voorwerpen zijn opgeslagen bestaande uit nitrocellulose, zoals films
- 534 Bevoegdheden opticiens
- 535 Wettelijke regeling vivisectie
- 536 Uitvoering Röntgenstralenwet

1935

- 537 Voorstel Prophylaxefonds betreffende opsporing tuberculose door röntgendoorlichting
- 538 Regels ontsmetting met blauwzuur
- 539 Centrale bereiding van koepokstof
- 540 Toevoeging melkeiwit aan brood
- 541 Verzoek firma Tresfarin om chocolade voor diabetici in handel te brengen
- 542 Oprichting vuilverbrandingsinstallatie in gemeente Dordrecht
- 543 Bevordering pokkenvaccinatie
- 544 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 545 Bevoegdheden opticiens
- 546 Dierenbescherming
- 547 Beoordeling dierenstallen RIV

1936

- 548 Onderzoek invloed economische crisis op volksgezondheid
- 549 Bevoegdheden Plantenziektenkundigen Dienst
- 550 Plaatsing examens Nederlandsch Genootschap tot bevordering der Voetverzorging onder regeringstoezicht
- 551 Paratyfus als gevolg van consumptie eendeëieren
- 552 Toevoeging aardappelmeel aan brood
- 553 Oprichting centrum voor bestudering voedingsvraagstuk

- 554 Opschorting pokkenvaccinatie
- 555 Invoering directe vaccinatieplicht tegen pokken
- 556 Wetsontwerp aanvulling artikel 1 Wet regelende de uitoefening der geneeskunst (bevoegdheden heilgymnasten, masseurs en opticiens)
- 557 Adres Bond van Nederlandsche Vroedvrouwen betreffende verbetering maatschappelijke positie vroedvrouwen
- 558 Begroting RIV
- 559 Positie vroedvrouwen te Sliedrecht

1937

- 560 Onderzoek invloed economische crisis op volksgezondheid
- 561 Toetreding Nederland tot Internationale Hulpunie
- 562 Ratificatie internationaal verdrag omtrent vervoer van lijken
- 563 Lokatie Nederlandsche Blindenbibliotheek
- 564 Paratyfus als gevolg van consumptie eendeëieren
- 565 Aanleg voorraad tetanusserum
- 566 Maatregelen tegen verkoop sterkwerkende geneesmiddelen
- 567 Controleren van bereiding insuline
- 568 Begroting RIV
- 569 Hygiënisch toezicht op vleeswaren in blik
- 570 Schoolvoeding
- 571 Positie vroedvrouwen
- 572 Uitvoering Wet Sera en Vaccins

1938

- 573 Uitgave speciale postzegel ter bestrijding van kanker
- 574 Instructie voor quarantaine-artsen die zijn belast met het sanitair toezicht op de luchtvaart
- 575 Juridische status invoerverbod papegaaien
- 576 Opheffing Internationale Gezondheidsraad te Alexandrië
- 577 Bereiding influenzavaccin door dr. J. Mulder
- 578 Bestrijding polio
- 579 Wetsontwerp inzake toezicht op bereiding insuline
- 580 Gebruik aardappelmeel bij bereiding brood
- 581 Toevoeging van bismut aan tin
- 582 Toevoeging fysiologische stoffen aan voedingsmiddelen
- 583 Drinkwatervoorziening schippers te Zijpe en Dinteloord
- 584 Begroting RIV
- 585 Uitbreiding personeelsbestand RIV
- 586 Toelaatbare hoeveelheid lood in drinkwater
- 587 Psychotherapeuten en psycho-analytici

1939

- 588 Positie leveranciers van steunzolen
- 589 Toekenning van subsidie aan homeopathisch ziekenhuis
- 590 Bestrijding vlektyfus
- 591 Voorraad sera en vaccins
- 592 Subsidie-aanvraag Genootschap tot bevordering van koepokinenting te Amsterdam
- 593 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 594 Begroting RIV
- 595 Bevoegdheden vroedvrouwen

1940

- 596 Schadelijkheid cyanidepreparaat
- 597 Vaccin tegen vlektyfus
- 598 Bestrijding nekkrimp
- 599 Begroting RIV
- 600 Onderzoek lood in drinkwater te Helden-Panningen
- 601 Verplichte aangifte malaria
- 602 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 603 Invloed tijdsomstandigheden op geestelijke volksgezondheid jongeren
- 604 Invloed tijdsomstandigheden op geestelijke volksgezondheid volwassenen
- 605 Bevordering pokkenvaccinatie
- 606 Verplichte aangifte van geslachtsziekten
- 607 Preventie en bestrijding van tyfus
- 608 Geneesmiddelenvoorziening (formularium)
- 609 Voedingsschema's
- 610 Drogen van groenten
- 611 Normen voor vetverbruik
- 612 Schoolontbijt
- 613 Stopzetten sportwedstrijden
- 614 Vitaminevoorziening
- 615 Calcium en ijzer in voeding
- 616 Toevoeging Vitamine D aan schoolmelk
- 617 Distributie van ziekenvoedsel (1)
- 618 Distributie van ziekenvoedsel (2)
- 619 Verhouding inkomen en kosten levensonderhoud
- 620 Centrale Keukens
- 621 Invloed oorlogsomstandigheden op gezondheidstoestand bevolking
- 622 Voeding in gevangenissen, werkkampen en gestichten
- 623 Voedingsvoorlichting
- 624 Vervanging zuidvruchten door tomaten

1941

- 625 Rapport Nationale Federatie voor de Volksgezondheid
- 626 Invloed tijdsomstandigheden op geestelijke volksgezondheid
- 627 Samuels-therapie
- 628 Preventie en bestrijding tyfus
- 629 Inenting tegen difterie
- 630 Voorraad kinine
- 631 Positie Commissie voor de malariabestrijding in Noord-Holland
- 632 Distributie van ziekenvoedsel
- 633 Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad
- 634 Uitmalingspercentage brood
- 635 Vitaminegehalte rozebottels
- 636 Distributie vitamine C-tabletten
- 637 Distributie vitamine D-tabletten
- 638 Subsidiëring Centraal Schoolmelkcomité
- 639 Toezicht op bereiding en samenstelling vitaminehoudende voedingsmiddelen
- 640 Distributie levertraan
- 641 Ontbijt op school
- 642 Warme maaltijd kantoorpersoneel
- 643 Sportbeoefening door jongeren
- 644 Preventie en bestrijding syfilis
- 645 Organisatie reumatiekbestrijding

- 646 Toelaatbare hoeveelheid lood in drinkwater
- 647 Adres Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage betreffende ontbreken wettelijke regeling opleiding
- 648 Preventie en bestrijding krop
- 649 Begroting RIV

1942

- 650 Organisatie malariabestrijding in Friesland
- 651 Schadelijkheid theesurrogaat Santé
- 652 Extra voedselverstrekkingen aan personen die werken met röntgenstralen
- 653 Gebruik vet van gedestruëerd vee
- 654 Uitbreiding schoolmelkvoorziening
- 655 Distributie levertraan
- 656 Consumptie van veterinaire levertraan
- 657 Distributie van ziekenvoedsel
- 658 Extra rantsoenen gas en electriciteit aan zieken
- 659 Voorraad rijst
- 660 Extra voedselverstrekkingen aan tuberculoselijders
- 661 Extra voedselverstrekkingen aan keurmeesters van Keuringsdienst van Waren
- 662 Beender- en destructievet voor consumptiedoeleinden
- 663 Verstrekking van pap aan schoolkinderen
- 664 Uitmalingspercentage brood
- 665 Enteritis
- 666 Beoefenen van sport
- 667 Consumptie van beukenootjes
- 668 Extra voedselverstrekkingen aan extreem lange mensen
- 669 Distributie van insuline
- 670 Distributie vitamine D-tabletten
- 671 Dohyfral ter bestrijding van rachitis
- 672 Distributie vitamine C-tabletten
- 673 Consumptie van paddestoelen
- 674 Gebruik conserveermiddelen
- 675 Extra voedselverstrekkingen aan nachtverpleegsters
- 676 Preventie en bestrijding krop
- 677 Begroting RIV
- 678 Uitvoering Wet Sera en Vaccins
- 679 Vervanging Schickvloeistof door Schicktoxine
- 680 Analyse toename aantal gevallen van tuberculose
- 681 Ontwerp-Geneesmiddelenbesluit

1943

- 682 Analyse toename aantal gevallen van difterie
- 683 Kininekuur tegen malaria
- 684 Extra voedselverstrekkingen aan verplegers
- 685 Toezicht distributie voedsel aan gevangenen
- 686 Voedingstoestand
- 687 Stempelen van stamkaarten van personen die vrijgesteld zijn van tewerkstelling in Duitsland
- 688 Consumptie paddestoelen
- 689 Verhoging vetgehalte biscuits voor babies
- 690 Aanbod volkorenbrood
- 691 Verwerking vitaminen in brood
- 692 Toevoeging aardappelen aan brood

- 693 Verstrekking vitamine B aan arbeiders
- 694 Bevorderen aanmaak tomatessap
- 695 Financiering schoolmelkvoorziening
- 696 Positie Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad
- 697 Begroting RIV
- 698 Maatregelen tegen asociale tuberculoselijders
- 699 Bevolkingsonderzoek in drooggelegde Zuiderzeepolders
- 700 Geneesmiddelenvoorziening

1944

- 701 Bonloze maaltijden
- 702 Schoolmelkvoorziening op scholen
- 703 Distributie van ziekenvoedsel
- 704 Extra voedselverstrekkingen aan artsen
- 705 Gevaar geitemelk voor volksgezondheid
- 706 Toevoeging vitaminen aan voedsel
- 707 Toevoeging kleurstoffen aan boter
- 708 Verstrekking vitamine C- en D-tabletten
- 709 Voedingstoestand
- 710 Toevoeging vitamine D aan brood
- 711 Begroting RIV

1945

- 712 Vervangende voedingsmiddelen (tulpebollen en dahliaknollen)
- 713 Houdbaarheid melk
- 714 Hygiënische omstandigheden in Centrale Keukens
- 715 Begroting RIV
- 716 Jodering broodzout
- 717 Bestrijding malaria
- 718 Voedingstoestand in kampen voor politiek geïnterneerden
- 719 Voedingstoestand in koloniën
- 720 Gevolgen invoering 48-urige werkweek voor lichamelijke gezondheid
- 721 Toevoeging extra calcium aan kindermeel
- 722 Distributie van ziekenvoedsel
- 723 Extra voedselverstrekkingen aan hoofdarbeiders
- 724 Toevoeging vitamine C aan biscuits

1946

- 725 Voorstel prof. dr. J. Mulder betreffende influenzavaccin
- 726 Bestrijding malaria
- 727 Subsidiëring Commissie voor de malariabestrijding in Noord-Holland
- 728 Concept-regeling voor voetverzorging
- 729 Begroting RIV
- 730 Subsidiëring stichting van centrum voor onderzoek naar antibiotica bij RIV
- 731 Salariëring hoger personeel RIV
- 732 Melkpositie West-Nederland
- 733 Consumptie mais
- 734 Uitvoer van melkprodukten
- 735 Verstrekking extra melk bij zogenoemde giftige arbeid
- 736 Voorwaarden in de handel brengen kindermeel

- 737 Extra voeding bij zwaar en zeer zwaar werk
- 738 Verstrekking vitamine C-tabletten
- 739 Reclame voor consumptie van ijs
- 740 Verzoek firma Boverna om plaatolie in de handel te brengen
- 741 Toediening joodcaseïne aan hoenders en runderen (ter bevordering produktie eieren)
- 742 Distributie van kolen aan bejaarden
- 743 Uitmalingspercentage brood
- 744 Toevoeging vitaminen aan voedingsmiddelen
- 745 Toevoeging vitaminen aan melk
- 746 Schoolmelkvoorziening
- 747 Wijziging Begrafeniswet
- 748 Rapport Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid over beleid op terrein geestelijke volksgezondheid
- 749 Samuels-therapie
- 750 Instelling leerstoelen sociale geneeskunde
- 751 Organisatie reumatiekbestrijding
- 752 Opleiding van blinden tot masseurs
- 753 Verzoek dr. E.C. Gravemeyer betreffende gebruik ogen van geëxecuteerden voor hoornvliestransplantaties

1947

- 754 Cholera-epidemie te Egypte
- 755 Bestrijding influenza
- 756 Analyse beleid bestrijding pokkenepidemie Zuid-Nederland
- 757 Subsidiëring onderzoek passieve immunisatie met gammaglobuline ter voorkoming ontstaan encefalitis postvaccinalis
- 758 Decentralisatie van onderzoeken RIV
- 759 Toevoeging vitaminen aan voedingsmiddelen
- 760 Toevoeging vitamine D aan melk
- 761 Invloed voeding op arbeidsprestatie
- 762 Onderzoek naar invloed vorm van arbeid op stofwisseling
- 763 Organisatie reumatiekbestrijding
- 764 Opleiding van blinden tot masseurs
- 765 Instelling Gezondheidsorganisatie TNO
- 766 Schadelijkheid Roter-maagzweertabletten voor volksgezondheid
- 767 Opleiding van artsen in West-Indië
- 768 Balsemen van lijken
- 769 Organisatie kankerbestrijding
- 770 Instellen van leerstoelen fysische therapie
- 771 Prenatale zorg

1948

- 772 Verzoek Philips-Van Houten betreffende bereiding influenzavaccin
- 773 Maatregelen bij uitbreken influenza-epidemie
- 774 Uitvoering Inentingswet
- 775 Rechtspositie regionale leiders malariabestrijding
- 776 Statuten Eerste Nederlandsche Algeheele Voetverzorging, Nederlandsche Vereeniging voor Voetverzorging en Nederlandsche Voetverzorgers-Centrale
- 777 Basiswet paramedische beroepen
- 778 Reorganisatie RIV
- 779 Schoolmelkvoorziening
- 780 Subsidiëring Polsc commissie

- 781 Rantsoenen
- 782 Kwaliteit melk
- 783 Tekort aan tomaten
- 784 Wettelijke regeling tandtechnici
- 785 Bestrijding echinococcose
- 786 Gebruik bacteriepreparaat Ratin bij verdelging ratten
- 787 Verzoek prof. dr. J.J. van Loghem betreffende vergunning voor bereiden van een antigeen tegen de Ziekte van Nicolas-Favre
- 788 Inbeslagname doodsbriefje-B door officier van justitie
- 789 Gehoorapparaten
- 790 Opleiding van hygiënist
- 791 Voorstel Staatscommissie tot reorganisatie van het Hoger Onderwijs betreffende vestiging Criminologisch Instituut aan een Nederlandse universiteit

1949

- 792 Verzoek Philips-Van Houten betreffende bereiding influenzavaccin
- 793 Immunitetsreactie na pokkenvaccinatie
- 794 Verplicht inenten van leden van risicogroepen tegen pokken
- 795 Indeling gevallen van longtuberculose
- 796 Voedingswaarde boter
- 797 Instelling onafhankelijke Voedingsraad
- 798 Kwaliteit laag gepasteuriseerde en gesteriliseerde melk
- 799 Toepassing hormoonpreparaten
- 800 Gevolgen voor volksgezondheid van stopzetting subsidiëring voedingsmiddelen
- 801 Voedingstoestand schoolkinderen Rotterdam
- 802 Samuels-therapie
- 803 Opleiding blinden tot masseurs
- 804 Hoornvliestransplantatie
- 805 Verzoek Anti-Vivisectie Stichting betreffende instelling leerstoelen vivisectievrije geneeskunde
- 806 Fluoridering van drinkwater
- 807 Bestrijding polio
- 808 Hypnotische seances en occultisme
- 809 Revisie internationale lijst van doodsoorzaken en oorzaken van ziekten
- 810 Organisatie astmabestrijding
- 811 Bereiding vaccin tegen gele koorts
- 812 Aardstralen en wichelroede

1950

- 813 Wijziging Epidemiewet
- 814 Verplaatsbare Rijksziekenbarakken
- 815 Wijziging beschikking betreffende ontsmettings- en zuiveringsmiddelen
- 816 Voorstel prof. dr. J.E. Dinger betreffende verplicht inenten van zuigelingen tegen pokken
- 817 Betrekken van schoolartsen bij kropbestrijding
- 818 Opleidingscursussen heilgymnastiek en massage
- 819 BCG-vaccinatie
- 820 Afvalwater sanatoria
- 821 Indeling gevallen van longtuberculose
- 822 Standaardisatie melk
- 823 Consumptie rauwe melk
- 824 Toevoeging vitamine A aan margarine
- 825 Publikaties Keuringsdienst van Waren op terrein voedingsvoorzichting
- 826 Samenstelling onafhankelijke Voedingsraad

- 827 Voedingstoestand schoolkinderen
- 828 Uitzending oudere jeugd naar herstellingsoorden
- 829 Gevaren nitraathoudend drinkwater
- 830 Erkenning Nederlandse werkgroep voor Practische Toepassing van Paranormale Begaafdheid
- 831 Doodsbriefje-B
- 832 Uitrusting weerschepen met zuurstofapparaten

1951

- 833 Wetsontwerp inenting tegen (para)tyfus en difterie
- 834 Subsidiëring regionaal influenzacentrum
- 835 Voorraad injectiespuiten en naalden ter bestrijding influenza-epidemie
- 836 Analyse influenza-epidemie
- 837 Analyse bestrijding pokkenepidemie te Tilburg
- 838 Vaccinatieplicht tegen pokken
- 839 Centralisatie bereiding koepokstof
- 840 Insparing avgg bij primovaccinaties tegen pokken
- 841 Bestrijding malaria in Friesland
- 842 Bevoegdheden schoonheids- en haarspecialisten
- 843 Systeem Müller-Welt bij maken contactglazen
- 844 Bevoegdheden pedicures
- 845 Medische criteria bij immigratie
- 846 Melkbestraling
- 847 Samenstelling onafhankelijke Voedingsraad
- 848 Kwaliteit melk
- 849 Consumptie melk door schoolgaande kinderen
- 850 Invoer anaplasma
- 851 Invoer citolisina sclave
- 852 Onderzoek astma bij schoolkinderen

1952

- 853 BCG-vaccinatie
- 854 Consumptie suiker
- 855 Toevoeging vitaminen aan broodmeel
- 856 Medische keuring van studenten
- 857 Concept voor landelijke modelbouwverordening

1953

- 858 Inenting tegen influenza
- 859 Gevaar leefwijze Gayelord Hauser voor volksgezondheid
- 860 Gevaren nitraathoudend drinkwater
- 861 Onderzoek naar oogziekten die blindheid veroorzaken
- 862 Voorraadvorming gammaglobuline ter preventie van polio

1954

- 863 Stofwisselingsstoornissen als gevolg van consumptie Jozozout
- 864 Behoeftte aan orthoptisten
- 865 Vetpercentage melk
- 866 Pasteurisatie van melk op boerderij

- 867 Verlaging suikerprijs
- 868 Wettelijke regeling vivisectie
- 869 Maatregelen tegen toelating geestelijk gestoorden tot de medische praktijk
- 870 Behandeling van scheelzienpatiënten

1955

- 871 Polio; nog geen enting met Salkvaccin (1955/1)
- 872 Proeven op mensen (1955/2)
- 873 Bacteriepreparaat type Ratin (1955/3)
- 874 Adipocire (1955/4)

1956

- 875 Rabies; preventieve maatregelen (1956/1)
- 876 Roken en longkanker (1956/2)
- 877 Polio; nadere uiteenzetting afwijzing enting met Salkvaccin (1956/3)
- 878 Matsubara's Carcinoreactin (1956/4)
- 879 Polio; afslaan van aangeboden Salkvaccin (1956/5)
- 880 Polio; mogelijk maken van individuele enting en vaccinbereiding door RIV (1956/6)
- 881 Polio; motivering afwijzing aangeboden Salkvaccin (1956/7)
- 882 Polio; bijzondere eisen geïnactiveerd vaccin (1956/8)
- 883 Bacteriepreparaat type Ratin (1956/9)
- 884 Polio; advies tot massavaccinatie (1956/10)

1957

- 885 Fluoridering drinkwater (1957/1)
- 886 Wijziging Wet op de Lijkbezorging (1957/2)
- 887 Wijziging beschikking uitvoering Inentingswet (1957/3)
- 888 Vestiging Hoger Onderwijs Reactor (HOR) te Delft (1957/4)
- 889 Tandheelkundige voorzieningen (1957/5)
- 890 Roken en longkanker; uitvoering advies (1957/6)

1958

- 891 Voorraad gammaglobuline (1958/1)
- 892 Röntgenapparaten in schoenwinkels (1958/2)
- 893 Koelwaterleiding Reactor Centrum Nederland (RCN) te Petten (1958/3)
- 894 Bouwvergunning HOR (1958/4)
- 895 Eventuele inschakeling van tandtechnici in de tandheelkundige voorziening (1958/5)
- 896 De Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken (1958/6)
- 897 Toepassing van IPC en chloor-IPC in de landbouw (1958/7)
- 898 Richtlijnen toepassing Hinderwet en Veiligheidsbesluit ioniserende stralen (1958/8)
- 899 Hygiëne van water, bodem en lucht in verband met vreedzame toepassing van atoomenergie (1958/9)
- 900 Apparatuur voor ultraviolette stralen (1958/10)
- 901 Stichting thermonucleair centrum Rhijnhuizen (1958/11)
- 902 Bescherming verplegend personeel tegen tuberculose (1958/12)
- 903 Richtlijnen toepassing Hinderwet en Veiligheidsbesluit ioniserende stralen (1958/13)
- 904 Toelating geestelijk gestoorden tot de medische praktijk (1958/14)

1959

- 905 Rapport UNSCEAR 1958 (1959/1)
- 906 Stralensbeperking röntgendiagnostiek (1959/2)
- 907 Toepassing van IPC en chloor-IPC in de landbouw (1959/3)
- 908 BCG-vaccinatie; alleen risicogroepen inenten (1959/4)
- 909 Influenza; maatregelen bij epidemie (1959/5)
- 910 Encefalitis postvaccinalis; opsporing complicaties pokkenvaccinatie (1959/6)
- 911 Schoorsteenhoogte HOR (1959/7)
- 912 Normalisatie ziekteverzuim- en uitkeringsstatistiek (1959/8)
- 913 Voorkoming onnodige stralenbeschadiging in de radiotherapie (1959/9)
- 914 Herziening Wet bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar (1959/10)
- 915 Tuberculine-onderzoek (1959/11)
- 916 Bouwvergunning laboratorium Instituut voor Toepassing van Atoomenergie in de Landbouw (ITAL) te Wageningen (1959/12)

1960

- 917 Adipocirevorming (1960/1)
- 918 Eventuele uitbreiding voorraad gammaglobuline (1960/2)
- 919 Polio; uitvoering entingen (1960/3)
- 920 Celtherapie en novocaïne (H3) (1960/4)
- 921 Bevoegde ophaaldienst voor radioactieve afvalstoffen (1960/5)
- 922 Cariëspreventie met fluoriden (1960/6)
- 923 Schoorsteenhoogte RCN (1960/7)
- 924 Bescherming verplegend personeel tegen tuberculose (1960/8)
- 925 Vervangbaarheid radium voor medische toepassingen (1960/9)
- 926 Beoordeling veiligheidsrapport Lage Flux Reactor (1960/10)
- 927 Toepassing van IPC en chloor-IPC in de landbouw (1960/11)
- 928 Hersterilisatie dier- en vismeel (1960/12)
- 929 Appendix normalisatierapport (1960/13)
- 930 Radioactieve bliksemafleiders (1960/14)
- 931 Schoolgeneeskundige diensten (1960/15)
- 932 Periodiek geneeskundig onderzoek (1960/16)
- 933 Metingen radioactiviteit omgeving Petten (1960/17)
- 934 Hygiëne in levensmiddelenbedrijven (1960/18)
- 935 Beroepsdermatosen (1960/19)
- 936 Productie BCG-vaccin (1960/20)
- 937 Wijziging basismethoden Euratom (1960/21)
- 938 Kunstmatige inseminatie bij de mens (1960/22)
- 939 Sensibiliserende werking van tuberculine (1960/23)
- 940 Astmabestrijding (1960/24)
- 941 Strumaprofylaxe met gejodeerd keukenzout (1960/25)
- 942 Radioactieve bliksemafleiders (1960/26)
- 943 Tijdelijke lozing afvalwater chemiecomplex RCN (1960/27)
- 944 Ingebruikneming chemiecomplex RCN (1960/28)
- 945 Reactorproject ITAL (1960/29)
- 946 Fluoridebevattende tandpasta (1960/30)

1961

- 947 Encefalitis postvaccinalis; indeling in rubrieken (1961/1)
- 948 Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistiek; overzicht werkzaamheden (1961/2)
- 949 Schooltandverzorgsters (1961/3)

- 950 Adipocirevorming (1961/4)
- 951 Polio; handhaving Salkvaccin (1961/5)
- 952 Herziening Wet bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar (1961/6)
- 953 Methodiek tuberculosebestrijding (1961/7)
- 954 Ongevallen met nucleaire installaties (alarmsysteem) (1961/8)
- 955 Radioactieve blimsemalleiders (1961/9)
- 956 Nucleaire beproeving Hoge Flux Reactor (1961/10)
- 957 Toelaatbare dosis radioactieve straling BB-personeel (1961/11)
- 958 Leukemie (1961/12)
- 959 Behandeling en lozing radioactief afval RCN (1961/13)

1962

- 960 Radioactieve overledenen (1962/1)
- 961 Primaricine bij kaasbereiding (1962/2)
- 962 Laboratorium ITAL (1962/3)
- 963 Chemiecomplex RCN (1962/4)
- 964 Richtlijnen toepassing Hinderwet en Veiligheidsbesluit ioniserende stralen (1962/5)
- 965 Uitvoering Wet Sera en Vaccins (1962/6)
- 966 Invloed kortere werkweek op ziekteverzuim (1962/7)
- 967 Polio; toepassing levend vaccin (1962/8)
- 968 Adipocirevorming (1962/9)
- 969 Methodiek tuberculosebestrijding (1962/10)
- 970 Laboratoria HOR (1962/11)
- 971 Hinderwetvoorwaarden Hoge Flux Reactor (1962/12)
- 972 Salmonellose; overzicht stand van de wetenschap (1962/13)
- 973 Radioactiviteit grensoverschrijdende wateren (1962/14)
- 974 Dopinggebruik; frequentie en preventie (1962/15)
- 975 Indeling laboratoria in verband met radiologische werkzaamheden (1962/16)
- 976 Zuiveringsinstallatie voor radioactief afval bij de Katholieke Universiteit van Nijmegen (1962/17)
- 977 Rabies; kans op besmetting (1962/18)

1963

- 978 Industriële toepassing van radioactiviteit (1963/1)
- 979 KRITO-opstelling RCN (1963/2)
- 980 Verlening vergunning kernenergiecentrales (1963/3)
- 981 Stralendosis medische toepassingen; deskundigheidseisen (1963/4)
- 982 Fluoridering broodzout (1963/5)
- 983 Reparatie afvoerleiding RCN (1963/6)
- 984 Radioactieve besmetting van voedingsmiddelen, water en lucht (1963/7)
- 985 Polio; voorlopige conclusies over de noodzaak van revaccinatie (1963/8)
- 986 Voorwaarden Hinderwetvergunning HOR (1963/9)
- 987 Strumaprofylaxe; jodiumgehalte van keuken- en broodzout (1963/10)
- 988 Betekenis van gegevens van levensverzekeringsmaatschappijen voor het gezondheidsbeleid (1963/11)
- 989 Radiumhoudende brandmelders (1963/12)
- 990 Rabies; klinisch beeld bij de mens (1963/13)
- 991 Het diagnostisch aspect in de ziekteverzuimstatistiek (1963/14)
- 992 Hepatitis infectiosa (1963/15)
- 993 Toezicht op implantatiemateriaal (1963/16)
- 994 Waarde gegevens over bedrijfsongevallen en beroepsziekten voor de volksgezondheid in verband met invoering WAO (1963/17)
- 995 Polio; de noodzaak van revaccinatie (1963/18)
- 996 Ammoniumchloride als vervangingsmiddel van keukenzout in dieetwaren (1963/19)

- 997 Classificatie van de pathologie van het kind in de perinatale periode (1963/20)
- 998 Neutronengenerator RCN (1963/21)
- 999 De ongevallenstatistiek van de Sociale Verzekeringsbank (1963/22)
- 1000 Pokkenvaccinatie; inentingsmethode (1963/23)

1964

- 1001 Stralenbescherming in ziekenhuizen (1964/1)
- 1002 Poliovacinatie; persoonlijk advies voorzitter (1964/2)
- 1003 Toelating N.S. Savannah in de Nederlandse wateren (1964/3)
- 1004 Het gebruik van dieetzouten (1964/4)
- 1005 Laboratorium voor sterk actieve objecten van het RCN (1964/5)
- 1006 Toepassing pimaricine bij kaaskorstbehandeling (1964/6)
- 1007 Controle jodiumgehalte leidingwater (1964/7)
- 1008 Definitiebesluit Kernenergiewet (1964/8)
- 1009 Rapport UNSCEAR 1962 (1964/9)
- 1010 Polio; enting van kleuters met Sabinvaccin (1964/10)
- 1011 Misbruik van geneesmiddelen (1964/11)
- 1012 Vestiging KEMA suspensie test reactor te Arnhem (1964/12)
- 1013 De medische registratie in ziekenhuizen (1964/13)
- 1014 Americiumhoudende brandmelders (1964/14)
- 1015 Stralingsmeetapparatuur voor ziekenhuizen in oorlogstijd (1964/15)
- 1016 De samenwerking tussen de Geneeskundige Hoofdinspectie en het CBS op het gebied van de gezondheidsstatistieken (1964/16)
- 1017 De medische statistiek van de strijdkrachten (1964/17)
- 1018 Aangifte congenitale misvormingen (1964/18)
- 1019 Uitvoering Wet op menselijk bloed (1964/19)
- 1020 Inbouwen hoge druk-circuit in de Hoge Flux Reactor van het RCN (1964/20)
- 1021 Nota over de classificatie van de pathologie van het kind in de perinatale periode (1964/21)
- 1022 Het ILO-voorstel inzake de classificatie van ongevallen bij werknemers (1964/22)
- 1023 Wijziging Hinderwetvergunning voor de Hoge Flux Reactor van het RCN (1964/23)
- 1024 Wijziging voorwaarden Hinderwetvergunning RCN voor de lozing van vloeibaar radioactief afval in de Noordzee (1964/24)
- 1025 Definitieve vergunning voor de KRITO-opstelling van het RCN (1964/25)
- 1026 Overzicht complicaties pokkenvaccinatie (1964/26)

1965

- 1027 Vergunning SEP-reactor te Dodewaard (1965/1)
- 1028 Wijziging Hinderwetvergunning Lage Flux Reactor RCN (1965/2)
- 1029 Indeling van psychosen en zwakzinnigheid (1965/3)
- 1030 Polio; revaccinatie met of zonder K-component (1965/4)
- 1031 Polio; nog geen vaccinatie met Sabinvaccin (1965/5)
- 1032 Influenza; persoonlijk advies voorzitter (1965/6)
- 1033 Wijziging voorwaarden Hinderwetvergunning RCN voor de lozing van vloeibaar radioactief afval in de Noordzee (1965/7)
- 1034 Hinderwetvergunning HOR (1965/8)
- 1035 Cysticercosis bij het rund en taeniasis bij de mens (1965/9)
- 1036 Vergunning KEMA suspensie test reactor te Arnhem (1965/10)
- 1037 Wijziging voorwaarden Hinderwetvergunning Laboratoria HOR (1965/11)
- 1038 Toekomstige organisatie tuberculosebestrijding; nota van de voorzitter (1965/12)
- 1039 Herziening basishouders Euratom (1965/13)
- 1040 Aangifte congenitale afwijkingen (1965/14)
- 1041 Uitvoering Wet Sera en Vaccins (1965/15)

- 1042 Wijziging Hinderwetvergunning Hoge Flux Reactor RCN (1965/16)
- 1043 Statistiek van ongevallen bij werknemers (1965/17)
- 1044 Radioactieve betalights (1965/18)
- 1045 Geslachtstransformatie (1965/19)
- 1046 Tentoonstelling Atoms at Work (1965/20)
- 1047 Aflevering verpakte geneesmiddelen (1965/21)
- 1048 Vergunning reactor TH te Eindhoven (1965/22)
- 1049 Gebruik van radioactieve stoffen in de levensmiddelenindustrie (1965/23)
- 1050 Toekomstige organisatie van de tuberculosebestrijding; nota van de voorzitter (1965/24)

1966

- 1051 Toelating van chloor-IPC als antispruitmiddel bij aardappelen (1966/1)
- 1052 Tentoonstelling Atoms at Work (1966/2)
- 1053 Medische stralingsdosis bevolking (1966/3)
- 1054 Preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties (1966/4)
- 1055 Classificatie en codering van de perinatale pathologie (1966/5)
- 1056 Methodiek tuberculosebestrijding; de toekomst van de consultatiebureaus (1966/6)
- 1057 Rabies; preventieve maatregelen (1966/7)
- 1058 Spastische kinderen (1966/8)
- 1059 Encefalitis postvaccinalis; overzicht complicaties pokkenvaccinatie (1966/9)
- 1060 Pokkenvaccinatie; al dan niet intrekken Inentingswet (1966/10)
- 1061 Aangifte congenitale misvormingen (1966/11)
- 1062 Wijziging Hinderwetvergunning Hoge Flux Reactor RCN (1966/12)
- 1063 Toelating N.S. Savannah tot de haven van Amsterdam (1966/13)
- 1064 Schoolgezondheidszorg op de kleuterschool en de overgang naar de lagere school (1966/14)
- 1065 Standaardisatie van begrippen en methoden met betrekking tot CARA (1966/15)
- 1066 Registratie en codering ziekteverzuim GSW-werknemers (1966/16)
- 1067 Ongevallenstatistiek van de Sociale Verzekeringsbank over de jaren 1964 tot en met 1966 (1966/17)
- 1068 Polio; standpunt inzake het Sabinvaccin (1966/18)
- 1069 Lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorvoertuigen (1966/19)
- 1070 Lozing gasvormige radioactieve afvalstoffen Hoge Flux Reactor RCN (1966/20)
- 1071 Verhogen vermogen HOR (1966/21)
- 1072 Antivaccinia-gammaglobuline (1966/22)
- 1073 Lozing gasvormig radioactief afval door het radio-isotopencomplex van Philips Duphar op het RCN-terrein (1966/23)
- 1074 Radioactieve stoffen in voedsel en drinkwater in een oorlog met kernwapens (1966/24)
- 1075 Vitamine D en foliumzuur (toevoeging aan vitaminepreparaten) (1966/25)
- 1076 Toepassing van antibiotica op medisch en niet medisch gebied (1966/26)

1967

- 1077 PDN-pokkenvaccinatie (1967/1)
- 1078 Havenoutillage voor reactorschepen (1967/2)
- 1079 Veiligheidseisen drukwaterreactoren (1967/3)
- 1080 Bestrijdingsmiddelen (1967/4)
- 1081 Herziening Wet bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar (1967/5)
- 1082 Kleurentelevisie; gevaar ioniserende straling (1967/6)
- 1083 Wijziging Hinderwetvergunning RCN (lozingsvoorwaarden gasvormige afvalstoffen) (1967/7)
- 1084 Psychedelic sound bij beatmusic (1967/8)
- 1085 Mazelenvaccinatie (1967/9)

1968

- 1086 Toelaatbaarheid chloor-IPC als antispruitmiddel (1968/1)
- 1087 Definitiebesluit Kernenergiewet (1968/2)
- 1088 Wijziging Hinderwetvergunning HOR (1968/3)
- 1089 Meetmethoden zwaveldioxyde (1968/4)
- 1090 Hinderwetvergunning GKN te Dodewaard (1968/5)
- 1091 Bestraling levensmiddelen (1968/6)
- 1092 Wijziging Sera- en Vaccinsbesluit (1968/7)
- 1093 Hemodialyse en niertransplantatie (1968/8)
- 1094 Hinderwetvergunning Athenereactor Eindhoven (1968/9)
- 1095 Zuigelingenvaccinatie tegen pokken (1968/10)
- 1096 Eisen levend mazelenvaccin (1968/11)
- 1097 Reumavaccin Synoviol (Roter) (1968/12)
- 1098 Chloroform in tandpasta (1968/13)
- 1099 Fluor in mondverzorgingsmiddelen (1968/14)
- 1100 Ontwerp-Antibioticawet (1968/15)

1969

- 1101 Afsluiter lachgascilinders (anesthesiologie) (1969/1)
- 1102 Hexachlorofoon (1969/2)
- 1103 Bestraling van graan (1969/3)
- 1104 Bestraling van proefdierbeddingen en -diëten (1969/4)
- 1105 Bestraling van aardappelen en champignons (1969/5)
- 1106 Behoeft aan artsen in 1982 en 2000 (1969/6)
- 1107 Drie categorieën werkzaamheden proefbedrijf voedselbestraling (1969/7)
- 1108 Bestraling contactstoffen (1969/8)
- 1109 Uitwendige hartmassage (1969/9)
- 1110 Snel thermetisch experiment in Krito RCN (1969/10)
- 1111 Gebruik van aldrin en dieldrin (1969/11)
- 1112 Bepaling van concentraties zwaveldioxyde in atmosfeer (1969/12)
- 1113 Homoseksuele relaties met minderjarigen (1969/13)
- 1114 Meting van luchtverontreiniging door andere stoffen dan zwaveldioxyde (1969/14)
- 1115 Bestraling van kruiden (1969/15)
- 1116 Onderwijs in anesthesiologie en resuscitatie (1969/16)
- 1117 Bestraling van champignons (1969/17)
- 1118 Bestraling van complete maaltijden voor bepaalde categorieën van ziekenhuispatiënten (1969/18)
- 1119 Wijziging richtlijnen voor stralingsbeveiliging in ziekeninrichtingen en poliklinieken (1969/19)
- 1120 Wijziging Sera- en Vaccinsbesluit (1969/20)
- 1121 Gevolgen van radioactieve fall-out voor de bevolking (1969/21)
- 1122 Gebruik van radioactieve stoffen op de openbare weg en het vrije veld (1969/22)
- 1123 N.S. Otto Hahn in Nederlandse havens (1969/23)
- 1124 Eiwitprodukten (1969/24)
- 1125 Bestraling van aardappelen, granen en garnalen (1969/25)

1970

- 1126 Lozing radioactief gemerkt slib in open zee (1970/1)
- 1127 Cyclamaten (1970/2)
- 1128 Deskundigheidseisen voor medische toepassing van radioactieve stoffen (1970/3)
- 1129 Verhoging vermogen Hoge Flux Reactor RCN (1970/4)
- 1130 DDT (1970/5)
- 1131 Vervangbaarheid van radium voor medische toepassing (1970/6)

- 1132 Macromoleculaire implantaten (1970/7)
- 1133 Anesthesiologie; problematiek bij hulpverlening (1970/8)
- 1134 Bestrijdingsmiddelen (1970/9)
- 1135 Periodiek geneeskundig onderzoek in verband met CARA (1970/10)
- 1136 Fluoridering drinkwater (1970/11)
- 1137 Rubellavaccinatie (proefvaccinatie in Haps) (1970/12)
- 1138 Enquête niertransplantatie en hemodialyse (1970/13)
- 1139 Definitie doodgeborene (1970/14)
- 1140 Bestraling van aardappelen, mosselen, complete maaltijden en gedroogde groenten (1970/15)
- 1141 Bestraling van garnalen (1970/16)
- 1142 Bestraling van specerijen en kruiden (1970/17)
- 1143 Nationale lijst van ziektegroepen voor ziekteverzuimstatistieken (1970/18)
- 1144 Kleurentelevisie; gevaar ioniserende straling (1970/19)
- 1145 Medische stralingsdosis bevolking (1970/20)
- 1146 Bezwaarschriften tegen toelating N.S. Otto Hahn (1971/21)
- 1147 Maleine hydrazide als antispruitmiddel (1970/22)
- 1148 Bestraling van uien (1970/23)

- 1971

- 1149 Bijzondere eisen levend rubellavaccin (1971/1)
- 1150 Bijzondere eisen levend rubellavaccin (concept-beschikking) (1971/2)
- 1151 Bestrijding hart- en vaatziekten (1971/3)
- 1152 Gerontologie (1971/4)
- 1153 Bestraling van kristaleiwit (1971/5)
- 1154 Bestraling van aardbeien (1971/6)
- 1155 Chronisch toxiciteitsonderzoek bestraalde kip (1971/7)
- 1156 Bestraling van uien (1971/8)
- 1157 Tandartsenbehoefte (1971/9)
- 1158 Grenswaarden zwaveldioxyde (1971/10)
- 1159 Rubellavaccinatie (1971/11)
- 1160 Gebruik van heptachloor als bestrijdingsmiddel (1971/12)
- 1161 Richtlijnen voor de geneeskundige van het Centraal Bureau voor de afgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) (1971/13)
- 1162 Richtlijnen voor de behandeling van stralingsongevallen (1971/14)
- 1163 Gebruik van wekaminen (1971/15)
- 1164 Anesthesiologie; eindrapport (1971/16)
- 1165 Technische maatregelen ter beperking van de stralingsdosis in de röntgendiagnostiek (1971/17)
- 1166 Onderzoek naar de gonadendosis ten gevolge van medische toepassingen van ioniserende straling (1971/18)
- 1167 Oprichtsvergunning kernenergiecentrale te Borssele (1971/19)
- 1168 Bezwaren tegen de kernenergiecentrale te Borssele (1971/20)
- 1169 Encefalitis en andere postvaccinale verwikkelingen in de periode 1959-1968 (1971/21)
- 1170 Stapelbedden in ziekenhuizen onder buitengewone omstandigheden (1971/22)
- 1171 Vergunningsaanvraag van het Consortium Interatom Man voor een installatie waarin uraniumhoudende splijtstoffen worden bewerkt en opgeslagen (1971/23)
- 1172 Geluidshinder en lawaai bestrijding (1971/24)
- 1173 Bestraling van kuikens (1971/25)
- 1174 Bestraling van diverse levensmiddelen die niet voor consumptie maar voor microbiologisch onderzoek bestemd zijn (1971/26)
- 1175 Klinisch onderzoek van geneesmiddelen (1971/27)
- 1176 Verkoop van rauwe melk in de EEG (1971/28)

1972

- 1177 Bestraling van voedingsmiddelen van patiënten in omgekeerde isolatie (1972/1)
- 1178 Bestraling van gember (1972/2)
- 1179 Bestraling van mayonaise (1972/3)
- 1180 Hemodialyse en niertransplantatie (1972/4)
- 1181 Radioactieve stoffelijke overschotten (1972/5)
- 1182 Lindaan (1972/6)
- 1183 Bofvaccin (1972/7)
- 1184 Lozing van radioactieve stoffen afkomstig van een te bouwen snelle natrium gekoelde reactor te Kalkar (1972/8)
- 1185 Samenvatting van de uitgebrachte adviezen over bestrijdingsmiddelen (1972/9)
- 1186 Gebruik van plastic bij het begraven van lijken (1972/10)
- 1187 Wijzigingen Sera- en Vaccinbesluit (1972/11)
- 1188 Vergunning voor inrichting tot het bewerken van splijtstoffen welke uranium bevatten (1972/12)
- 1189 Deskundigheidseisen veilig werken met stralingsbronnen (1972/13)
- 1190 Vergroting capaciteit hartchirurgische centra (1972/14)
- 1191 Euthanasie (1972/15)

1973

- 1192 Vergunningsaanvraag KSTR (1973/1)
- 1193 Celtherapie (1973/2)
- 1194 Vergunning voor het in werking brengen en in werking houden van de kernenergiecentrale Borssele (1973/3)
- 1195 Mazelenvaccinatie (1973/4)
- 1196 Behandelen en begraven van lijken (1973/5)
- 1197 Vaststelling van criteria voor methoden en apparatuur voor het bepalen van de verontreiniging van de buitenlucht (1973/6)
- 1198 Centra voor niertransplantatie en hemodialyse (advies in het kader van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1973/7)
- 1199 Bestraling van voedingsmiddelen voor patiënten in omgekeerde isolatie (1973/8)
- 1200 Kwaliteit oppervlaktewater (1973/9)
- 1201 Bestrijdingsmiddelen (1973/10)
- 1202 Presentatie van meetgegevens betreffende de verontreiniging van de buitenlucht (1973/11)
- 1203 Medisch-hygiënische aspecten van wonen in hoogbouw (1973/12)
- 1204 Serum-hepatitis profylaxe (1973/13)
- 1205 Meervoudig gehandicapte kinderen (1973/14)
- 1206 Geluidshinder en lawaai bestrijding (1973/15)
- 1207 Nadere bepaling van de behoefte aan open hartoperaties (1973/16)
- 1208 Behoeft aan chronische intermitterende hemodialyse en niertransplantatie (1973/17)
- 1209 Fluoridering drinkwater (1973/18)
- 1210 Hersendoodcriteria (1973/19)
- 1211 Verkoop van acht fokzeugen welke met bestraald varkensvoer worden gevoederd (1973/20)
- 1212 Voorziening in de tekorten van hartchirurgische centra ter realisering van fase 1 per 1-1-1976 (1973/21)
- 1213 Contactlenzen (1973/22)
- 1214 Hexachloropheen (1973/23)
- 1215 Maatregelen om een veilig gebruik van elektromedische apparatuur te waarborgen (1973/24)
- 1216 Epilepsiepatiënten (1973/25)
- 1217 Bestraling van aardbeien (1973/26)

1974

- 1218 Vergunning KSTR (1974/1)
- 1219 Grenswaarden luchtverontreiniging (1974/2)
- 1220 Methodologie analysetechnieken (1974/3)
- 1221 Megavolttherapie (artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1974/4)
- 1222 Vroegdiagnostiek van kanker (1974/5)
- 1223 Bestraling van specerijen en kruiden (1974/6)
- 1224 Bestraling van melkkartons (1974/7)
- 1225 Bestraling van doorhaalmiddel (1974/8)
- 1226 Bestraling van andijvie (1974/9)
- 1227 Behoeftte aan vroedvrouwen (1974/10)
- 1228 Vaccinatieplicht (Rijksvaccinatieprogramma) (1974/11)
- 1229 Pokkenvaccinatie; intrekking Inentingswet (1974/12)
- 1230 Grenswaarden luchtverontreiniging voor roet, zwevend stof en zwavelzuur (1974/13)
- 1231 Kwaliteit oppervlaktewater (1974/14)

1975

- 1232 Bestraling van uien (1975/1)
- 1233 Bestraling van specerijen en kruiden (1975/2)
- 1234 Medisch-ethische en juridische aspecten van de orgaantransplantatie (1975/3)
- 1235 Audiologische centra (1975/4)
- 1236 Ontwikkeling van hartchirurgie in Eindhoven (1975/5)
- 1237 Therapeutische respiratoire vaccinatie (1975/6)
- 1238 Toelating van het nucleaire schip Otto Hahn en de daaraan te verbinden voorwaarden (1975/7)
- 1239 Maatregelen tot beperking van het roken (1975/8)
- 1240 Centrale waterontharding (1975/9)
- 1241 Euthanasie bij pasgeborenen (1975/10)
- 1242 Vaccinatie tegen influenza (1975/11)
- 1243 Kernenergiecentrales en Volksgezondheid; invloed van kernenergie op volksgezond en milieu in Nederland bij een totale capaciteit van 3500 MWe (1975/12)
- 1244 Bestraling van diverse voedingsmiddelen voor menselijke consumptie (1975/13)
- 1245 Toelaatbaarheid van tritium in oppervlaktewater (1975/14)
- 1246 Deskundigheidseisen voor artsen die ioniserende straling uitzendende toestellen gebruiken (1975/15)
- 1247 Commentaar op het RASIN-rapport inzake de mogelijke risico's voor volksgezondheid en milieu (1975/16)
- 1248 Ministeriële beschikking betreffende bijzondere eisen te stellen aan tuberculine (1975/17)
- 1249 Onderzoek van de somatische dosis in de röntgendiagnostiek (1975/18)
- 1250 Bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden drooggeslachte kuikens (1975/19)
- 1251 Bestraling van voorverpakte geschildte aardappelen (1975/20)
- 1252 Gevaren van microgolfstraling en de daaruit afgeleide aanvaardbare stralingsniveaus (1975/21)
- 1253 Normen bij reactorongevallen (1975/22)
- 1254 Wijzigingen behoeftecriterium voor hemodialyse in het kader van toepassing van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen (1975/23)

1976

- 1255 Veiligheid elektromedische apparatuur (1976/1)
- 1256 Bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden garnalen (1976/2)
- 1257 Eisen te stellen aan de kwaliteit van het oppervlaktewater waarin waterdieren leven die voor menselijke consumptie kunnen dienen (1976/3)
- 1258 Hervatting cardiochirurgie in het Catharineziekenhuis te Eindhoven (1976/4)
- 1259 Behandeling van verslaafden aan opiaten c.q. wekaminen (1976/5)

- 1260 Vaccinatie tegen A/New Jersey/76 influenza (1976/6)
- 1261 Bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden schol- en kabeljauwfilets (1976/7)
- 1262 Het gebruik van plastic bij begraven van lijken (1976/8)
- 1263 Behoefteschatting met betrekking tot coronair angiografie en coronair chirurgie (1976/9)
- 1264 Herziening richtlijnen ter preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties (1976/10)
- 1265 Hervatting van de cardiochirurgie in het Catharineziekenhuis te Eindhoven (1976/11)
- 1266 Computer Tomografie (1976/12)
- 1267 Behoeftes aan fysiotherapeuten (1976/13)

1977

- 1268 Recombinant DNA-onderzoek (1977/1)
- 1269 Gebruik van antibiotica (1977/2)
- 1270 Computer Tomografie (1977/3)
- 1271 Kinderdialyse (1977/4)
- 1272 Nucleaire hartstimulatoren (1977/5)
- 1273 Faciliteiten en kosten niertransplantaties (1977/6)
- 1274 Advieswaarden voor de kwaliteit van de buitenlucht (1977/7)
- 1275 Voorwaarden te verbinden aan de erkenning van inrichtingen als bedoeld in artikel 7 van de Wet op menselijk bloed (1977/9)
- 1276 Bestraling en in de handel brengen van voorverpakte mengsels van verse groenten en kruiden (1977/10)
- 1277 Bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden rondvisfilets (1977/11)
- 1278 Richtlijnen voor stralingsbeveiliging in ziekeninrichtingen en poliklinieken (1977/12)
- 1279 Genetic counseling (1977/14)
- 1280 Bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden kikkerdillen (1977/15)
- 1281 Transseksisme (1977/16)
- 1282 Verbrandingsoven voor radioactief afval (1977/17)
- 1283 Centra voor neurochirurgie (artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1977/18)
- 1284 Defibrillatoren (1977/19)
- 1285 Acupunctuur (1977/20)

1978

- 1286 Recente ontwikkelingen in de anesthesiologie (1978/1)
- 1287 Hypertensie (1978/2)
- 1288 Vaccinatie tegen A/New Jersey/76 en A/USSR/77 influenza (1978/3)
- 1289 Bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden specerijen en kruiden met een gecontroleerde afzet (1978/4)
- 1290 Isotopenlaboratoria (artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1978/5)
- 1291 Aanvaardbare niveaus voor elektromagnetische straling in het golflengtegebied tussen 100 nm en 1 mm (1978/6)
- 1292 Maximaal toelaatbare concentratie aan natrium in drinkwater (1978/7)
- 1293 Wijzigingen van de voorgestelde grenswaarden voor zwaveldioxide ten aanzien van koppeling daarvan aan de grenswaarden voor standaardrook (1978/8)
- 1294 De kwaliteit van het zwembadwater in circulatiebaden (1978/9)
- 1295 Voorraadvorming pokkenstof (1978/10)
- 1296 Klinische oncologie (1978/11)
- 1297 ICRP-26 (1978/12)
- 1298 Milieuhygiënische normen (1978/13)
- 1299 Verschillende vormen van hemodialyse (1978/14)
- 1300 Apparatuur voor indirecte bloeddrukmeting: eisen en testprocedures (1978/15)
- 1301 Aanvullend advies inzake kernenergie en volksgezondheid (1978/16)
- 1302 Salmonellose (1978/17)

- 1303 Registratie van medische en psychologische gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (1978/18)
- 1304 Beoordeling van de carcinogeniteit van chemische stoffen (1978/19)
- 1305 Anti HBs in transfusiebloed en toepassing van anti-Hepatitis B immunoglobuline concentraten bij de profylaxe van Hepatitis B (1978/21)
- 1306 Bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden rijst en daarvan afgeleide produkten (1978/22)
- 1307 Bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden graan en graanprodukten (1978/23)
- 1308 Centra voor chronische beademing (artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1978/24)

1979

- 1309 Humaan albumine in vaccins (1979/1)
- 1310 Cytogenetische laboratoria (1979/2)
- 1311 Stikstofdioxide. Advieswaarden voor de kwaliteit van de buitenlucht (1979/3)
- 1312 De pre- en postexpositie van vaccinatie van de mens tegen rabies (1979/4)
- 1313 Hoortoestellen (1979/5)
- 1314 Wettelijke regeling tot wijziging van de geslachtsaanduiding in de geboorteakte van transseksisten (1979/6)
- 1315 Screening op aangeboren stofwisselingsziekten (1979/7)
- 1316 Computer Tomografie (1979/8)
- 1317 Wettelijke aansprakelijkheid bij stralingsongevallen (1979/9)
- 1318 Wijziging van de bestaande Ministeriële beschikking inzake bijzondere eisen te stellen aan geïnactiveerde influenzavaccins (1979/11)
- 1319 Wijziging van de bestaande beschikking betreffende rubellavaccins (1979/12)
- 1320 Samenstelling en toepassing influenzavaccin (1979/13)
- 1321 Bestraling en in de handel brengen van roggebrood (1979/14)
- 1322 ICRP-26 (1979/15)
- 1323 Transseksisme (1979/16)

1980

- 1324 De maximaal toelaatbare concentratie aan natrium in drinkwater (1980/1)
- 1325 Het bestralen en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden diepgevroren kikkerdelen (1980/2)
- 1326 De bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden specerijen en kruiden met een gecontroleerde afzet (1980/3)
- 1327 Medische hulpmiddelen: ijking van toonaudiometers (1980/4)
- 1328 Antibiotica in levensmiddelen (1980/5)
- 1329 De bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden ingevroren garnalen (1980/6)
- 1330 De betekenis van het UNSCEAR rapport 1977 voor het stralingshygiënisch beleid in Nederland (1980/7)
- 1331 Pathologisch-anatomisch onderzoek bij personen die het Hepatitis B virus herbergen (1980/8)
- 1332 Erkennings-eisen te stellen aan inrichtingen als bedoeld in artikel 7 van de Wet op menselijk bloed (1980/9)
- 1333 Ethiek van de erfelijkheidsadvisering (1980/10)
- 1334 Wijziging van het Sera- en Vaccinsbesluit inzake eisen te stellen aan vaccins bestemd voor uitwendige toepassing (1980/12)
- 1335 Meningococci immunisatie (1980/13)
- 1336 Normen voor de toediening van radioactieve stoffen aan vrijwilligers (1980/14)
- 1337 Epidemiologische wetgeving (1980/15)
- 1338 De preventie van nierinsufficiëntie (1980/16)
- 1339 Bereidingsvergunning Wet Sera en Vaccins aan Organon BV (1980/17)
- 1340 Maatregelen om een veilig gebruik van elektromedische apparatuur te waarborgen (1980/18)

1981

- 1341 Bestraling en in de handel brengen van beperkte hoeveelheden specerijen en kruiden met een gecontroleerde afzet (1981/1)
- 1342 Hartcatheterisatiekamers (1981/2)
- 1343 Categorieën voedselbestraling (1981/3)
- 1344 Bereidingsvergunning Wet Sera en Vaccins aan het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis (1981/4)
- 1345 Advieswaarden voor anorganische fluoriden in de buitenlucht (1981/5)
- 1346 Notitie intentieprogramma milieuhygiënische normen (1981/6)
- 1347 Samenstelling en toepassing influenzavaccin (1981/7)
- 1348 Mutageniteit van chemische stoffen (1981/8)
- 1349 Jodiumvoorziening (1981/10)
- 1350 De vroegdiagnostiek van het bronchuscarcinoom (1981/11)
- 1351 Bestralen van onbeperkte hoeveelheden ingevroren garnalen (1981/12)
- 1352 Klinische farmacologie (1981/13)
- 1353 Computer Tomografie (1981/14)
- 1354 Vroegtijdige opsporing van borstkanker (1981/15)

1982

- 1355 De bestraling en in de handel brengen van onbeperkte hoeveelheden gekookte gekoelde garnalen (1982/1)
- 1356 Bestraling van natriumarme vleeswaren (1982/2)
- 1357 Het bestralen van onbeperkte hoeveelheden mout (1982/3)
- 1358 Verlenging van de toelating tot het bestralen van ingevroren kikkerdelen (1982/4)
- 1359 De toepassing van een verbrandingsoven bij de verwerking van laag- en middelactief vast afval (1982/5)
- 1360 Megavolttherapie met lineaire versnellers betatron (1982/6)
- 1361 Euthanasie; inventarisatie problematiek voor staatscommissie (1982/7)
- 1362 Anti-rubella immunoglobuline (1982/8)
- 1363 Periodiek tandheelkundig röntgenonderzoek (1982/9)
- 1364 Anesthesiologie; behoeftebepaling anesthesiologen (1982/10)
- 1365 Risicogroepen die voor vaccinatie tegen Hepatitis B in aanmerking komen (1982/12)
- 1366 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1982/1983) (1982/13)
- 1367 Pneumococcon-immunisatie (1982/14)
- 1368 Voorontwerp Besluit Afbreking Zwangerschap (1982/15)
- 1369 Polio; geen wijziging beleid (1982/16)
- 1370 Ontwerp-Opticiënswet (1982/17)
- 1371 Doorstraling van gedroogde groenten (1982/18)
- 1372 EPEL-waarden (1982/19)
- 1373 Intensive-care neonatologie (1982/20)
- 1374 Milieugevaarlijke stoffen (1982/21)

1983

- 1375 Geneesmiddelen in samenhang met deelnemen aan het verkeer (1983/1)
- 1376 Hypertensie (1983/2)
- 1377 Hersendoodcriteria (1983/3)
- 1378 CO-2 problematiek (1983/4)
- 1379 Wet Sera en Vaccins (1983/5)
- 1380 Hartcatheterisatie en angiocardiografie bij kinderen (1983/6)
- 1381 Anesthesie toestellen (1983/8)
- 1382 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1983/1984) (1983/9)

- 1383 Bezuiniging op het gebied van wetenschappelijk onderzoek (1983/10)
- 1384 Jecfi Report (1983/11)
- 1385 Ontwerp-besluit bestraalde waren (1983/12)
- 1386 Elektro Convulsie Therapie (1983/13)
- 1387 Doorstralen van eipoeders (1983/14)
- 1388 Doorstralen van bloedeiwitten (1983/15)
- 1389 Goedkeuring voor het bestralen van diverse voedingsmiddelen (1983/16)
- 1390 Doorstralen van vis (1983/17)
- 1391 Effectiviteit bevolkingsonderzoek (1983/18)
- 1392 Proeven op mensen met een lymfokine preparaat van Organon (1983/19)
- 1393 Bijzondere eisen vaccins (1983/20)
- 1394 Weefseltypering (1983/21)
- 1395 Hepatitis B (1983/22)
- 1396 Toxoplasmose (1983/23)
- 1397 Edetaat-chelatatiebehandeling (1983/24)
- 1398 LD-50 (1983/25)

- 1984

- 1399 Binnenhuisklimaat (1984/1)
- 1400 Grenswaarden lood in buitenlucht (1984/2)
- 1401 Gasvormige koolwaterstoffen (1984/3)
- 1402 Aldehyden (1984/4)
- 1403 NMR (1984/5)
- 1404 Levertransplantatie (1984/6)
- 1405 Bestrijding tandbederf (1984/7)
- 1406 LD-50 (1984/8)
- 1407 Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen (1984/9)
- 1408 AIDS (1984/10)
- 1409 Cytokinen (1984/11)
- 1410 Inenting tegen influenza (seizoen 1984/1985) (1984/12)
- 1411 Bof- en rubellavaccinatie (1984/13)
- 1412 Doorstralen van gekoelde snacks (1984/14)
- 1413 Epidemiologie en preventie hartziekten (1984/16)
- 1414 Harttransplantatie (1984/17)
- 1415 Hartchirurgie (1984/18)
- 1416 Foetaal weefsel (1984/19)
- 1417 ICRP (1984/20)
- 1418 Bronterm (1984/21)
- 1419 Contactlensdeskundigen (Wet inzake beroepen in de individuele gezondheidszorg) (1984/22)
- 1420 Radiotherapie (1984/23)
- 1421 Radiotherapie: Epidemiologie (1984/24)
- 1422 Radiotherapie: Terminologie (1984/25)
- 1423 Radiotherapie: Fysisch technische factoren (1984/26)
- 1424 Radiotherapie: Klinisch radiotherapeutische factoren (1984/27)
- 1425 Radiotherapie: Bedrijfskundige aspecten (1984/28)
- 1426 Radiotherapie: Behandelingsresultaten kankertherapie (1984/29)
- 1427 Radiotherapie: Landelijke organisatie kankerbestrijding (1984/30)
- 1428 Radiotherapie: Delphi-onderzoek (1984/31)
- 1429 Oxiderende stoffen ontstaan bij fotochemische luchtverontreiniging (1984/32)
- 1430 In vitro fertilisatie (1984/33)
- 1431 De vroege opsporing van borstkanker (1984/34)
- 1432 Externe veiligheid (1984/35)
- 1433 Voorstel Tweede-Kamerlid E.K. Wessel Tuinstra over euthanasie (1984/36)
- 1434 Begrippenlijst ecologische normen waterbeheer (1984/37)

- 1435 Adipositas (1984/38)
- 1436 Voorraadvorming pokkenentstof (1984/39)
- 1437 Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen (1984/40)

1985

- 1438 Klasse-indeling van de lozingsnormen voor radionucliden-laboratoria (1985/1)
- 1439 Minimal Brain Dysfunction (1985/2)
- 1440 Richtlijnen voor stralingsbeveiliging in ziekeninrichtingen en poliklinieken (1985/3)
- 1441 De waarde van LD-50 als gegeven voor de acute toxiciteit van bestrijdingsmiddelen (1985/4)
- 1442 Radon (1985/5)
- 1443 Teratogeniteit van chemische stoffen (1985/6)
- 1444 UNSCEAR/BEIR (1985/7)
- 1445 AIDS (1985/8)
- 1446 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1985/1986) (1985/9)
- 1447 Herziening richtlijnen lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen (richtlijnen CBR) (1985/10)
- 1448 Kwaliteitsbeheer medische hulpmiddelen (1985/11)
- 1449 Ultrageluid in de fysiotherapie (1985/12)
- 1450 Voedselbestraling (1985/13)
- 1451 NMR; omvang en opleiding personeel (1985/14)
- 1452 De kwaliteit van moedermelk (1985/17)
- 1453 Discussienota stimuleringsprogramma gezondheidsonderzoek (1985/18)
- 1454 Trichlooretheen en tetrachlooretheen (1985/19)
- 1455 Acrylonitril in de buitenlucht (1985/20)
- 1456 Transseksisme (1985/21)
- 1457 Bestrijdingsmiddelen (1985/22)
- 1458 Medische biotechnologie (1985/23)
- 1459 Bestraling van diepgevroren wild (1985/24)
- 1460 Pancreastransplantatie (1985/25)
- 1461 Auxiliaire partiële levertransplantatie (1985/26)
- 1462 Delphi-onderzoek oncologie (1985/27)
- 1463 Allogene beenmergtransplantatie (1985/28)
- 1464 Ongewenste bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1984 (1985/29)
- 1465 Opleiding ultrageluid (1985/30)
- 1466 Uitgangspunten voor normstelling (1985/31)
- 1467 De waarde van LD-50 als gegeven voor de acute toxiciteit van cosmetica (1985/32)
- 1468 De toediening van hallucinogenen bij de behandeling van slachtoffers van oorlog en geweld (1985/33)
- 1469 Stralenspoort (1985/34)
- 1470 Minimal Brain Dysfunction (1985/35)

1986

- 1471 Magnetische Resonantie Spectroscopie (1986/1)
- 1472 Therapeutische hemaferese (1986/2)
- 1473 Zeer laag energetische voeding (1986/3)
- 1474 1,2% dichloorethaan (toetsing criteriadocument) (1986/4)
- 1475 Vynilchloride (toetsing criteriadocument) (1986/5)
- 1476 Legionellose (1986/6)
- 1477 Dialyse en niertransplantatie (1986/7)
- 1478 UV-straling; blootstelling van de mens aan ultraviolette straling (1986/9)
- 1479 Normen voor interventie bij reactorongevallen (1986/10)
- 1480 Seksueel overdraagbare aandoeningen (1986/11)
- 1481 Inhalatie-sedatie in de tandheelkunde (1986/12)

- 1482 Ultrageluid in de geneeskunde (1986/13)
- 1483 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1986/1987) (1986/14)
- 1484 Doorstralen van graan en graanprodukten (1986/15)
- 1485 Carcinogeniteit van chemische stoffen (1986/17)
- 1486 Ethyleenoxide en styreen (1986/17a)
- 1487 Geestelijke gezondheidszorg (1986/18)
- 1488 Computertomograaf OLVG (1986/19)
- 1489 Vaccinatie tegen influenza; aanvullend advies (1986/20)
- 1490 Monoclonale antistoffen (1986/21)
- 1491 AIDS-problematiek in Nederland; richtlijnen voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie (1986/22)
- 1492 Niersteenvergruizer (1986/23)
- 1493 Ongewenste bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1985 (1986/25)
- 1494 Kunstmatige voortplanting (1986/26)
- 1495 Otitis media (1986/30)
- 1496 Groei in tal en last over diagnostische en therapeutische verrichtingen in de gezondheidszorg (1986/31)
- 1497 CO-2-problematiek (1986/32)
- 1498 De kwaliteit van moedermelk (1986/34)
- 1499 Position Emissie Tomografie (1986/35)
- 1500 De waarde van LD-50 als gegeven voor de acute toxiciteit van diergeneesmiddelen (1986/36)
- 1501 Suïcide (1986/37)
- 1502 Pijnbehandeling (1986/38)
- 1503 Speciale prioriteitenprogramma (1986/39)
- 1504 Normstelling voor fijn stof in de buitenlucht (toetsing criteriadocument) (1986/40)

1987

- 1505 Gezondheidsbiotechnologie (1987/2)
- 1506 Algemene transplantatieproblematiek (1987/3)
- 1507 Beenmergtransplantatie (1987/4)
- 1508 Intra-operatieve radiotherapie (1987/5)
- 1509 Ecotoxicologie. Visies van 31 betrokkenen (1987/7)
- 1510 Zorgvuldigheidseisen euthanasie (1987/8)
- 1511 De vroege opsporing van borstkanker (1987/9)
- 1512 Fenol (toetsing van een criteriadocument) (1987/9a)
- 1513 Ecotoxicologisch onderzoek in Nederland (1987/10)
- 1514 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1987/1988) (1987/11)
- 1515 Academische ziekenhuizen; kanttekeningen bij een beleidsnotitie (1987/12)
- 1516 Medische technologie (1987/13)
- 1517 Benzeen (toetsing van een basisdocument en voorstel risico-evaluatie) (1987/14)
- 1518 Chloroform en tetrachloormethaan (toetsing van criteriadocumenten) (1987/15)
- 1519 Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1986 (1987/16)
- 1520 Kosten-effectiviteitsanalyse beenmergtransplantatie (1987/17)
- 1521 Chemonucleolyse; als behandeling van hernia nuclei pulposi (1987/18)
- 1522 Chemonucleolyse; effectiviteit en bijwerkingen (1987/19)
- 1523 Fosforzuurgisp; milieuhygiënische aspecten van het lozen of storten van fosforzuurgisp (1987/20)
- 1524 De waarde van LD-50; toxiciteit industriële en huishoudelijke chemicaliën (1987/21)
- 1525 Haaranalyse (1987/22)
- 1526 Computer Tomografie en in vivo nucleaire diagnostiek en therapie (artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen) (1987/23)
- 1527 Functieverruimingsplannen 1988 onderdeel ontwikkelingsgeneeskunde (1987/24)
- 1528 Dialyse en niertransplantatie bij kinderen (1987/25)
- 1529 Zorg voor patiënten met AIDS en andere ziekteverschijnselen als gevolg van infectie met HIV (1987/26)
- 1530 Minimal Brain Dysfunction (1987/27)

- 1531 Dichloormethaan (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1987/28)
- 1532 Propyleenoxide (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1987/29)
- 1533 Speciaal prioriteitenprogramma hybridoma- en monoclonale-antistoftechnologie (1987/30)

1988

- 1534 Medische technologie; wetenschappelijke bijdrage aan het stimuleringsprogramma (1988/1)
- 1535 AIDS; maatregelen om ziekenhuispersoneel tijdens de beroepsuitoefening te beschermen tegen besmetting met de verwekker van AIDS (1988/3)
- 1536 De beoordeling van de carcinogeniteit van chemische stoffen (1988/4)
- 1537 Wetenschappelijk onderzoek met zidovudine (1988/5)
- 1538 Ecologische normen waterbeheer; keuze van de parameters (1988/6)
- 1539 Psychogeriatrische ziektebeelden (1988/7)
- 1540 Beleidsvoering artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen (1988/8)
- 1541 Hexachloorcyclohexanen (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1988/9)
- 1542 Cadmium (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1988/10)
- 1543 Ontwikkeling farmacochemie (1988/11)
- 1544 Monoclonale antistoffen (1988/12)
- 1545 Campylobacter; jejuni infecties in Nederland (1988/13)
- 1546 De waarde van de LD-50 (1988/14)
- 1547 Neutraalbuisdefecten (1988/15)
- 1548 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1988/1989) (1988/16)
- 1549 Ontwerp-besluit elektromedische apparaten (1988/17)
- 1550 Een ziekenhuisprotocol voor de zorg voor patiënten met AIDS (1988/19)
- 1551 Pols-oxymetrie, aanvulling op het minimumpakket anesthesieapparatuur (1988/20)
- 1552 Naar een verantwoorde verkoeperperiode (1988/21)
- 1553 Haaranalyse (1988/22)
- 1554 Ozon (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1988/23)
- 1555 Ziekenhuisinfecties (1988/24)
- 1556 Groeihormoon (1988/25)
- 1557 Speciaal prioriteitenprogramma hybridoma- en monoclonale-antistoffentechnologie (1988/26)
- 1558 Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1987 (1988/27)
- 1559 Ecotoxicologische risico-evaluatie van stoffen (1988/28)
- 1560 Tolueen (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1988/29)
- 1561 Voorbehouden handelingen (1988/30)
- 1562 Asbest (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1988/31)
- 1563 Bereidingsvergunning Hepatitis B-vaccin Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst (1988/32)
- 1564 Stichting Centrum Geïntegreerde Geneeskunde te Winterswijk (1988/33)
- 1565 Coördinatiepunt alternatieve behandelwijzen (1988/34)

1989

- 1566 Harttransplantatie (1989/2)
- 1567 Levertransplantatie (1989/3)
- 1568 Endoscopie (1989/4)
- 1569 In vitro diagnostische test voor thuisgebruik (1989/5)
- 1570 Urinesteenlijden (1989/6)
- 1571 Concept Wet inzake medische experimenten (1989/7)
- 1572 Onderzoek naar de verspreiding van HIV-infectie in Nederland (1989/8)
- 1573 Koper (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1989/9)
- 1574 Leptospira hardjo infecties (1989/10)
- 1575 Europese richtlijnen voor medische hulpmiddelen (1989/11)
- 1576 Europese richtlijnen voor actieve implanteerbare elektromedische apparaten (1989/12)
- 1577 Herbezinning kernenergie risico-analyse, menselijk handelen en interventie-werkzaamheden (1989/13)

- 1578 Hygiëne in zwemgelegenheden (1989/14)
- 1579 Preventie van non-A, non-B posttransfusie hepatitis (1989/15)
- 1580 Anorexia nervosa en bulimia (1989/16)
- 1581 Herbezinning kernenergie; risicogetal voor sterfte aan kanker door ioniserende straling (1989/17)
- 1582 Chirurgie bij kinderen (1989/18)
- 1583 Bereidingsvergunning althumaan thymocyter globuline RIVM (1989/19)
- 1584 Bereidingsvergunning myoscint centocor (1989/20)
- 1585 Ecologische normen waterbeheer; beschrijving van de parameters (1989/21)
- 1586 Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1988 (1989/22)
- 1587 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1989/1990) (1989/23)
- 1588 Speciaal prioriteitsprogramma hybridoma- en monoclonale-antistoffentechnologie; verslag gesubsidieerde projecten (1989/24)
- 1589 Bereidingsvergunning bof-, mazelen- en rubellavaccin RIVM (1989/26)
- 1590 Toepassing van recombinant vacciniavaccin (1989/27)
- 1591 Wijziging van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen (1989/28)
- 1592 Typering van weefselantigenen in het bloed van bloeddonoren (1989/30)
- 1593 Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij; over de mogelijkheden en grenzen van erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie (1989/31)

1990

- 1594 Cholesterol (1990/1)
- 1595 Eindverslag van de programmacommissie gezondheidsbiotechnologie (1990/2)
- 1596 Speciaal prioriteitenprogramma hybridoma- en monoclonale-antistoffentechnologie (1990/3)
- 1597 Het ongeboren kind als patiënt invasieve diagnostiek en behandeling van de foetus (1990/5)
- 1598 Hepatitis C en bloedtransfusie (1990/6)
- 1599 Nitraat (toetsing van een ontwerp-basisdocument) (1990/7)
- 1600 Bereidingsvergunning Humaan anti-HBs (1990/8)
- 1601 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1990/1991) (1990/9)
- 1602 Fluoriden (toetsing van een basisdocument) (1990/10)
- 1603 Interleukine-2 (1990/11)
- 1604 Bereidingsvergunning immuno BCG (RIVM) (1990/12)
- 1605 Protocol harttransplantatie; ethische en juridische overwegingen (1990/13)
- 1606 Ontwerpbesluit gevoelige gegevens (1990/14)
- 1607 Stralingsrisico's; sterfte door kanker (1990/15)
- 1608 Vroege medische interventies bij personen die met het AIDS-virus zijn geïnfecteerd (1990/16)
- 1609 Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1989 (1990/17)
- 1610 Passief roken; beoordeling van de schadelijkheid van omgevingstabakrook voor de gezondheid (1990/18)
- 1611 Bereidingsvergunning monoclonale antithymocytenoglobuline WT 31 (RIVM) (1990/19)
- 1612 Preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties (1990/20)
- 1613 Neurochirurgische behandeling van patiënten met zeer ernstige psychische aandoeningen (1990/21)
- 1614 Episoden van verhoogde luchtverontreiniging (1990/22)
- 1615 Polycyclische Aromatische Koolwaterstoffen (toetsing van een basisdocument) (1990/23)
- 1616 EPO; erytropoëetine (1990/24)
- 1617 Ordening door ontvlechting; reactie van de Gezondheidsraad (1990/26)

1991

- 1618 Projecten ontwikkelingsgeneeskunde 1986 (1991/1)
- 1619 Thuiszorg voor patiënten met kanker (1991/2)
- 1620 Chroom (toetsing van een basisdocument) (1991/3)
- 1621 De HIV-test en levensverzekeringen (1991/4)
- 1622 Vliegtuiglawaai en slaap (1991/5)

- 1623 Intensive-care voor pasgeborenen; een behoefte-raming (1991/6)
- 1624 Bereidingsvergunning centoxin (centocor) (1991/7)
- 1625 Stoffen uniform beoordelen? Advies over het prototype uniform beoordelingssysteem (1991/8)
- 1626 Het HTLV-I virus en bloedtransfusie (1991/9)
- 1627 Bereidingsvergunning geïnactiveerd poliovaccin (RIVM) (1991/10)
- 1628 Ecotoxicologische extrapolatiemethoden (1991/11)
- 1629 Postmarketing surveillance in Nederland (1991/12)
- 1630 Verontreiniging van moedermelk (1991/13)
- 1631 Vaccinatie tegen haemophilus influenza type b (Hib) (1991/14)
- 1632 Vaccinatie tegen influenza (seizoen 1991/1992) (1991/15)
- 1633 Immunotoxiciteit van stoffen (1991/16)
- 1634 Kwaliteitsparameters voor terrestrisch en aquatische bodemecosystemen; een selectie van hanteerbare ecotoxicologische toetsen (1991/17)
- 1635 Richtlijnen werkgroep infectie preventie (1991/18)
- 1636 Bijwerkingen vaccins Rijksvaccinatieprogramma in 1990 (1991/19)
- 1637 Het belang van transgene dieren voor medisch-biologisch onderzoek (1991/20)
- 1638 Preventie van osteoporose (1991/21)
- 1639 Stralingsrisico's; evaluatie van wetenschappelijke gegevens over de gezondheidsrisico's van blootstelling aan ioniserende straling ten behoeve van normstelling (1991/22)
- 1640 Medisch handelen op een tweesprong (1991/23)

1992

- 1641 Allergie, CARA en allergenen in woningen (1992/1)
- 1642 Risico's van milieugevaarlijke stoffen bij export naar ontwikkelingslanden (1992/2)
- 1643 Produktveiligheid bij nieuwe biotechnologie (1992/3)
- 1644 Projekten ontwikkelingsgeneeskunde 1987 (1992/4)
- 1645 Voorbehouden handelingen II (1992/5)
- 1646 Laserveiligheid in de gezondheidszorg (1992/6)
- 1647 Extreem laagfrequentie elektromagnetische velden en gezondheid (1992/7)
- 1648 Preventie van zwangerschapsimmunisatie (1992/8)
- 1649 Chloorfenolen (toetsing van een basisdocument) (1992/9)
- 1650 Psychotherapie als voorbehouden handeling? (1992/10)
- 1651 Medische beslissingen rond het levenseinde (1992/11)
- 1652 Medische aspecten van seksueel misbruik van kinderen (1992/12)
- 1653 Interferon alfa (1992/13)

NOTEN

HOOFDSTUK 1

1. Zie voor een beschrijving van het ontstaan en de ontwikkeling van de eerste generatie van hygiënist (1840-1890): Houwaart, *De hygiënist. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland*.
2. In de wettekst wordt gesproken van 'Onze Ministers', aangezien de Raad door tussenkomst van de verantwoordelijke bewindspersoon - sinds november 1982 is dit de minister van WVC - ook gevraagd kan worden andere ministers van advies te dienen.
3. De Roy van Zuydewijn, 'Het werk van de Gezondheidsraad', 753.
4. Daarnaast zijn er ongeveer dertig ambtshalve leden, die in werkelijkheid slechts op papier lid zijn. 'Ambtshalve', een bijwoord dat hier - in navolging van de wettekst - bijvoeglijk wordt gebruikt, betekent: 'qualitate qua'. De huidige ambtshalve leden zijn voornamelijk hoge ambtenaren en directeuren van onderzoeksinstituten die aan de rijksoverheid zijn 'geparenteerd'. Vóór 1956 telde de Raad ook ambtshalve leden die professionele en maatschappelijke organisaties vertegenwoordigden. De ambtshalve leden moeten niet worden verward met de ambtelijke adviseurs die door de voorzitter van de Gezondheidsraad in commissies van de Raad worden benoemd maar geen stemrecht hebben.
5. In dit boek wordt onderscheid gemaakt tussen 'wetenschappelijke', 'maatschappelijke' en 'gemengde' adviesorganen. De taak van een wetenschappelijk adviesorgaan is - de naam zegt het al - advisering over wetenschappelijke vraagstukken. Een maatschappelijk adviesorgaan adviseert op basis van opvattingen die in de maatschappij over beleidskwesties leven. Een adviesorgaan dat bestaat uit vertegenwoordigers van maatschappelijke (en professionele) organisaties is, in deze terminologie, per definitie een maatschappelijk adviesorgaan. Er zijn ook maatschappelijke adviesorganen denkbaar met louter deskundigen als leden. Een 'gemengd' orgaan oefent beide taken uit: wetenschappelijke en maatschappelijke advisering.
6. Sinds de invoering van de Gezondheidswet van 1956 is het ledental van de Gezondheidsraad meer dan verdubbeld tot het huidige aantal van ruim 180.
7. Zie ook noot 5. Er zijn nog steeds adviesorganen die bestaan uit individuele deskundigen en uit vertegenwoordigers.
8. Dit onderscheid kan nog worden verfijnd en uitgebreid. Walters noemt in zijn artikel 'Commissions and bioethics' de volgende zes functies, gezien vanuit de opdrachtgever: sanctionering van uitstel van behandeling van een controversieel vraagstuk (parkeerplaats); medium voor het doen van onpopulaire voorstellen die de opdrachtgever (nog) niet op eigen naam wil schrijven; verlening van waardigheid, gezag of onpartijdigheid aan een door de opdrachtgever reeds gehuldigd standpunt (legitimering); vertegenwoordiging van uiteenlopende achterbannen (binding); streven naar consensus op basis van feiten; en beïnvloeding van de publieke opinie.
9. 'Minstens', omdat ik er niet zeker van ben dat alle adviezen van vóór 1955 in de archieven van de Raad zijn opgenomen. Zie voor een overzicht van de uitgebrachte adviezen bijlage III.
10. Dat laatste geldt vooral voor de thema's 'straling' en 'toxicologie', die vanaf 1955 voor een belangrijk deel het werkprogramma van de Raad bepalen. Overigens kan men voor een analyse van de activiteiten van de Raad op deze terreinen de volgende publikaties van de Gezondheidsraad raadplegen: Berghuijs, *Toxicologische beoordeling van stoffen door de Gezondheidsraad*; Meershoek, *De constructie van adviezen. Een evaluatie van de adviezen over ioniserende straling uitgebracht door de Gezondheidsraad tussen 1955 en 1989*.
11. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*. In 1990 verscheen van de hand van Kappelhof *Tussen aansporen en opsporen*, waarin de ontwikkelingen sinds 1965 aan bod komen.
12. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*.
13. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*.
14. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland*; Jaspers, *Het medische circuit*.

HOOFDSTUK 2

1. Zie voor een overzicht van de gezondheidszorg in Nederland vóór 1795: Van der Korst, *Om lijf en leven*, 5-165.
2. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 9-10.
3. In de periode 1787-1794 verscheen van de hand van de Leidse medicus H.A. Bake een vertaling van het handboek van Frank in het Nederlands: *Samenstel eener Geneeskundige Staatsregeling of verhandeling van die middelen, welke tot aanwas der bevolking, en bevordering der algemeene gezondheid bij ons en andere volken zijn in het werkgesteld of nog aangewend zouden kunnen worden*. Leiden, 1787-1794. Zie ook: Houwaart, *De hygiënist*, 28-29; Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 13-16.
4. Zie voor een meer uitvoerige beschrijving van de periode 1795-1806: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 14-33; Van der Korst, *Om lijf en leven*, 179-188.
5. Officieel Wet ter regeling van hetgeen betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde van 12 Maart 1818 geheten.
6. Besluit, houdende een reglement, betrekkelijk het Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt van 31 Mei 1818 (*Stb.* 25).
7. In 1804 nog departementale commissies genoemd.
8. 'Volksgezondheid' ressorteerde tot september 1918 onder het ministerie van Binnenlandse Zaken.
9. Tot 1825 beschikte de minister over twee commissarissen voor Geneeskundige Zaken. Daarna moest hij zich met één geneeskundig ambtenaar behelpen. Houwaart, *De hygiënist*, 33.
10. Zie voor een beschrijving van het functioneren van de provinciale en plaatselijke commissies: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 49-51; Houwaart, *De hygiënist*, 42-44.
11. In dit boek worden, voor zover bekend, het geboorte- en sterftejaar van de besproken personen vermeld. De voornamen worden voluit geschreven, met uitzondering van die van politici.
12. Wet van 29 Juni 1851, regelende de zamenstelling, inrigting en bevoegdheid der gemeentebesturen (*Stb.* 85).
13. De eerste gemeentelijke gezondheidscommissie ging in 1854 in Rotterdam van start. De vóór 1902 bestaande gezondheidscommissies maakten geen onderdeel uit van het Staatstoezicht.
14. Op het terrein van de krankzinnigenzorg trad de rijksoverheid wel op. De Krankzinnigenwet van 1841 (*Stb.* 20) voorzag in instelling van een Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten. In 1884 kwam de tweede Krankzinnigenwet tot stand (*Stb.* 96). Zie voor een beschrijving van het functioneren van dit Staatstoezicht: Van der Esch, *Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen*.
15. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 13.
16. Zie voor een uitgebreide behandeling van de rol die de hygiënist hebben gespeeld: Houwaart, *De hygiënist*. De hygiënist, een groep Nederlandse geneeskundigen uit de periode 1840-1890, hadden een bijzondere belangstelling voor de openbare gezondheidszorg. Zij waren van mening dat de volksgezondheid wordt bepaald door de toestand van de openbare hygiëne. Zij spanden zich in voor verbetering van de openbare hygiëne en voor invoering van preventief-geneeskundige wetgeving. Daarnaast waren zij actief in politieke en sociale organisaties en traden zij toe tot overheidsorganen.
17. Zie voor een overzicht van de gevoerde discussies voorafgaande aan de totstandkoming van de wetten van 1865: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 52-65 en 69-80; Houwaart, *De hygiënist*, 74-96 en 205-242.
18. Van Lieburg, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865)'. Op 25 december 1878 werd de 'Wet regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige, apotheker, hulpapotheker, leerling-apotheker en vroedvrouw' vervangen door de 'Wet houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandmeester, apotheker, vroedvrouw en apothekers-bediende' (*Stb.* 222). Door deze wet kwam er ook een eind aan de verschillen in opleiding. Zo konden alleen zij, die met succes een studie geneeskunde aan een universiteit hadden gevolgd en daarna waren geslaagd voor een staatsexamen, de nieuwe titel van arts verwerven.
19. *Handelingen der Staten-Generaal (H.S.G.)* 1863-1864, II, bijlage 52.3, 288-289.
20. Ook de hygiënist waren deze mening toegedaan. Twee invloedrijke hygiënist en latere inspecteurs, L. Ali Cohen en J. Penn, drukten als adviseurs van Thorbecke een belangrijk stempel op de inhoud van de wetten van 1865. Houwaart, *De hygiënist*, 208-210 en 229.

21. Het gevolg van de bezuinigingen was dat de adjunct-inspecteurs van het toneel verdwenen en de taak van de inspecteurs aanmerkelijk werd verzwaaard.
22. Stolk-van Delen, *Wijkverpleging in historisch perspectief*, 36-38.
23. Zie voor een uitvoerige beschrijving van het functioneren van het Geneeskundig Staatstoezicht: Houwaart, *De hygiënisten*, 246-296.
24. De Groningse hoogleraar in de gezondheidsleer A.P. Fokker bleef lange tijd ageren tegen de zijns inziens dogmatische opvattingen in de bacteriologie. Zie voor een beschrijving van en de discussie over deze theorieën: Houwaart, *De hygiënisten*, 134-162. Zie voor een uiteenzetting van de positie en opvattingen van Fokker: De Knecht-van Eekelen, 'Abraham Pieter Fokker'.
25. Houwaart, *De hygiënisten*, 293.
26. Sleeswijk, 'Dr. W.P. Ruysch', 158-161.
27. 'Sociale hygiene en openbare gezondheidsregeling', 1.
28. Op dat moment nog *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling* geheten.
29. Het artikel stelde verder: 'de toepassing der uitkomsten van het wetenschappelijk hygienisch onderzoek is een universeele kunst. Zij geeft het woord aan den technicus, die de uitvoerbaarheid der aanbevolen maatregelen zal moeten beoordeelen en aanwijzen hoe aan de technische eisen het best zal worden voldaan; aan den rechtsgeleerde en econoom, die er voor zal moeten waken, dat bij het ontwerpen van voorschriften met de wet en een goede staathuishoudkunde worde rekening gehouden; aan den staatsman, die de hygienische eisen zal moeten toetsen aan het algemeen belang; aan de overheid die ze zal moeten vastleggen in wetten en verordeningen en over de practische uitvoerbaarheid haar oordeel zal moeten zeggen; aan den geneeskundigen ambtenaar die op de handhaving der wet zal moeten toezien en met zijn kennis de overheid ter zijde zal moeten staan. En onmisbaar is daarbij de hulp der ouders en der onderwijzers, die het opgroeiend geslacht moeten voorbereiden op de beperking van eigen vrijheid in het belang van 't algemeen. Eerst door hun aller samenwerking kan de gedachte en de wensch van den geleerde tot uitvoering komen en eene goede regeling tot stand worden gebracht.' Zie: 'Sociale hygiëne en openbare gezondheidsregeling', 3.
30. Behalve Ruysch behoorden ook de volgende artsen tot de pioniers van de beweging: C.F.J. Blooker, Ch.H. Ali Cohen, C. Eijkman, A.P. Fokker, J. Menno Huizinga, N.M. Josephus Jitta, H.P. Kapteijn, G. van Overbeek de Meijer, M.W. Pijnappel, H.G. Ringeling, R.H. Saltet, Ch.H.H. Spronck, A.O.H. Tellegen, H. Treub, en J.W. Jenny Weijerman. Ook niet-artsen speelden echter een voorname rol in het Congres, zoals de links-liberale politicus H. Goeman Borgesius en de ingenieur J.F.W. Conrad, die het beiden tot voorzitter wisten te brengen. Zoals uit het vervolg van dit hoofdstuk blijkt, bestonden er verschillende opvattingen onder de hier genoemde radicaal-hygiënisten over het betrekken van niet-artsen bij de *leiding* van het Staatstoezicht.
31. Zo was Fokker in 1885, Treub in 1891 en 1910, Kapteijn in 1893, Saltet in 1897, Menno Huizinga in 1898, en Pijnappel in 1900 en 1906 voorzitter van de artsenorganisatie.
32. In ieder geval Blooker, Menno Huizinga, Josephus Jitta, Pijnappel en Ruysch waren lid van de Liberale Unie. Verscheidene andere hygiënisten sympathiseerden met de liberale denkbeelden.
33. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de verschillende stromingen in het liberale kamp in het laatste kwart van de negentiende eeuw: Taal, *Liberale en Radicale in Nederland*.
34. Taal, *Liberale en Radicale in Nederland*, 225-229.
35. In de periode 1894-1897 was een meer behoudend liberaal kabinet, het ministerie-Röell, aan de macht.
36. Kossmann, *De Lage Landen*, 376-377.
37. Zie voor biografische informatie over Goeman Borgesius: *Biografisch Woordenboek van Nederland* II, 49-51; Ruysch, 'Mr. Dr. H. Goeman Borgesius'; Taal, *Liberale en Radicale in Nederland*, 36-37.
38. Sommige vooruitstrevende liberalen vonden de samenstelling van het kabinet-Pierson namelijk te conservatief. Taal, *Liberale en Radicale in Nederland*, 452-453.
39. Ruysch, 'Mr. Dr. H. Goeman Borgesius', 33.
40. Zie voor biografische informatie over Ruysch: Jitta, 'Dr. W.P. Ruysch'; Sleeswijk, 'Dr. W.P. Ruysch 1847-1920'.
41. Ruysch was er de man niet naar zich om de tuin te laten leiden door de bestuurders van de door hem bezochte inrichtingen. Het verhaal gaat dat hij na een plechtige rondleiding via enig klauterwerk onverwachts terugkeerde in het gesticht om zich van de werkelijke (wan)toestanden op de hoogte te stellen.
42. Zoals gezegd, vormde deze tentoonstelling de basis voor het Veiligheidsmuseum. Dit museum kreeg na de dood van Ruysch de beschikking over de bronzen buste van de overledene, die Ruysch op zijn

zeventigste verjaardag als blijk van waardering voor zijn werk op het terrein van de hygiëne door een comité onder leiding van de burgemeester van Amsterdam kreeg aangeboden. Dit borstbeeld werd in 1920 door de familie van de overledene overgedragen aan het Veiligheidsmuseum. Nu valt de buste te bezichtigen in het restaurant van het in 1987 opgerichte Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden te Amsterdam, één van de 'nazaten' van het in 1952 opgeheven Veiligheidsmuseum.

43. *H.S.G. 1885-1886, II, bijlage 123.1-123.3.*
44. Saltet, 'Vergadering van de Geneeskundige Raden'. Dit verslag bevat de complete tekst van het wetsontwerp en de Memorie van Toelichting van de inspecteurs.
45. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 104-105.
46. Zo liet de minister zijn oorspronkelijke idee varen om districtsgezondheidsraden in te stellen. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 106-108.
47. In de definitieve Gezondheidswet luidde de taakomschrijving iets anders. Het onder 'a' gestelde werd veranderd in 'dient aan de Regeering desgevraagd van bericht en raad in alle zaken, de volksgezondheid betreffende'. Verder werd toegevoegd 'houdt zich op de hoogte van den staat der volksgezondheid'. Tot slot werd bepaald dat de Raad als adviescollege zou optreden voor de gehele regering en dus niet alleen voor de minister van Binnenlandse Zaken. *H.S.G. 1900-1901, II, bijlage 35.4, 3.*
48. Het gewijzigde wetsontwerp sprak van 'Raad' in plaats van 'voorzitter'.
49. Om de volkshuisvesting drastisch te verbeteren verplichtte de Woningwet de gemeenten voorschriften op te stellen voor de bouw en renovatie van woningen. Deze voorschriften hadden betrekking op de afmetingen van de woning, de beschikbaarheid van drinkwater, brandgevaar, en de toevoer van licht en lucht. Voorts mochten woningen die voor menselijk verblijf ongeschikt werden geacht niet meer tot de woningmarkt worden toegelaten. Borgesius vond dat de Woningwet, die een inbreuk betekende op de gemeentelijke autonomie, strikt moest worden nageleefd. Hij droeg de toezichhoudende taak op aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. *H.S.G. 1899-1900, bijlage 74.1-74.3.*
50. Zij moesten in de woorden van het wetsontwerp 'met nauwkeurige kennis van plaatselijke toestanden toegerust en nauwkeurig op de hoogte gehouden van de wijze waarop de plaatselijke besturen de belangen der volksgezondheid behartigen, voor die belangen waken en alles wat uit het oogpunt voorziening eischt, overwegen en aan het licht brengen'.
51. De leden van de commissies moesten worden benoemd door de Commissarissen der Koningin, en niet, zoals in de wetsontwerpen van Heemskerk en de inspecteurs voorgesteld, door de gemeentebesturen.
52. *H.S.G. 1899-1900, II, bijlage 75.1-75.3.*
53. Zie voor een overzicht van de reacties op de ontwerp-Gezondheidswet: Kooperberg, 'Het geneeskundig Staatstoezicht en het Staatstoezicht op de volksgezondheid'.
54. Zie voor de notulen van deze vergadering: 'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering'.
55. Blooker vond het een misvatting, 'dat de woorden *geneeskundig Staatstoezicht* worden losgelaten, en medegegaan wordt met den waan, dat inderdaad de gezondheidsleer à fond kan worden behandeld en toegepast door menschen, die niet zijn geneeskundigen'.
56. Blooker en Saltet, 'Inleiding tot de bespreking der eischen'.
57. Zie voor de notulen van de discussie op het Congres: 'Verslag van het 5e Congres voor Openbare Gezondheidsregeling', 255-316.
58. Ingenieur D. de Clercq, toentertijd voorzitter van de Nederlandsche Vegetariërsbond, wenste de leiding van het Staatstoezicht niet alleen in handen van artsen te zien, omdat 'in de praktijk blijkt, dat de geneeskundigen daarvoor niet de geschikte menschen zijn. Van de 2000 geneeskundigen zijn er 30 bekend als geheel-onthouders. En wat is meer onhygienisch dan het gebruik van sterken drank!'
59. Overigens met de stem van de geneeskundig inspecteur van Zuid-Holland, J. Menno Huizinga, tegen, die meende dat de onafhankelijke Centrale Gezondheidsraad niet mocht bestaan uit personen waarover zij controle uitoefende.
60. 'Adres van het Congres betreffende het Ontwerp-Gezondheidswet'. Ook de ontwerp-Woningwet werd uitgebreid besproken door het Congres, die de regeling met instemming begroette. Zie: 'Adres van het Congres betreffende het Ontwerp-Woningwet'.
61. Deze commissie stond onder voorzitterschap van het liberale gemeenteraadslid N.M. Josephus Jitta.
62. Overigens zagen de Amsterdamse hygiënisten meer heil in eenhoofdig gezag: een hoofdinspecteur of een directeur-generaal, tevens directeur van een centraal laboratorium voor onderzoekingen ten behoeve

van het *Geneeskundig* Staatstoezicht. Zo'n topman zou zijn oor regelmatig te luisteren moeten leggen bij een raadgevend college van inspecteurs.

63. 'Rapport over het wetsontwerp tot regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid'. De Amsterdamse gezondheidscommissie steunde overigens wel het initiatief van de minister om een Woningwet tot stand te brengen. Zij verwachtte van dit voorstel een aanzienlijke verbetering van de volkshuisvesting. Zie: 'Advies over het Ontwerp-Woningwet'.
64. Lintsen, *Ingenieurs in Nederland*, 309-311; Kooperberg, 'Het geneeskundig Staatstoezicht', 276; *H.S.G.* 1900-1901, II, bijlage 35.6, 23.
65. *H.S.G.* 1900-1901, II, bijlage 35.1.
66. De geneeskundig inspecteur werd belast met het toezicht op de handhaving van de wettelijke bepalingen betreffende besmettelijke ziekten en de hygiëne van bodem, water en lucht. De farmaceutisch inspecteur kreeg het toezicht op de uitoefening van de artseneijbereidkunde en de hygiëne van de levensmiddelen in handen. De woninginspecteurs zouden de bepalingen uit de Woningwet moeten uitvoeren.
67. Doordat de secretaris volwaardig lid werd van de Raad, werden 'zijn' ambtenaren en bedienden onder het beheer van de Raad geplaatst.
68. *H.S.G.* 1900-1901, II, bijlage 35.2-35.4.
69. Huizinga, 'Het gewijzigde ontwerp-Gezondheidswet'.
70. *H.S.G.* 1900-1901, II, 1194-1209.
71. *H.S.G.* 1900-1901, II, 1263.
72. *H.S.G.* 1900-1901, I, 480-482.
73. Een dag later, op 22 juni 1901, volgde de Woningwet (*Stb.* 158).

HOOFDSTUK 3

1. Ruysch, 'Het gebouw voor den Centralen Gezondheidsraad', 97-98.
2. Zie voor biografische informatie over Van Dam van Isselt: Cool, 'Generaal-Majoor J.T.T.C. van Dam van Isselt'; Hooft van Huysduynen, *Geschiedenis van het geslacht Van Dam van Isselt*, 201-203; Louter, 'Generaal Van Dam van Isselt'.
3. Verder stelde hij voor de volksweerbaarheid te vergroten door tijdens gymnastieklessen aandacht te besteden aan militair onderricht.
4. Behalve de oprichting van een Reservekader propageerde Van Dam van Isselt ook de vorming van een volksleger en invoering van de dienstplicht. Over deze onderwerpen correspondeerde hij in de tweede helft van de jaren negentig met Kuiper, met wie hij op goede voet stond. *Archief Abraham Kuiper*, nr. 5795, 6136 en 6227.
5. *Dagboeken N.G. Pierson*, cahier XXV, 24 maart 1901.
6. K.B. van 7 juli 1902 (*Stb.* 82).
7. K.B. van 17 juli 1902 (*Stb.* 69). Bij K.B. van 12 mei 1902 (*Stb.* 23) had Kuiper Van Dam van Isselt al aangewezen als toekomstig voorzitter van de Raad.
8. K.B. van 20 juni 1902 (*Stb.* 105). Krachtens dit besluit werden ook de overige leden van de Raad benoemd.
9. Zoals de hoogleraren Eijkman, Fokker en Spronck.
10. Daarmee lag het salaris f 500 onder het door Goeman Borgesius aangekondigde peil. De salarissen werden gedurende de periode 1902-1920 nauwelijks verhoogd. Zo kregen Weijerman en De Man pas in 1918 een hoger salaris.
11. *H.S.G.* 1901-1902, II, bijlage 192.3-192-5.
12. *H.S.G.* 1904-1905, II, 819, 821-823, 844 en 846-847. Kuiper merkte tijdens het debat spottend op niet het verwijt gehoord te hebben 'dat ik enkel geestverwanten zou hebben voorgedragen, wat de gewone klacht tegen mij is. Voor zoover ik weet, zijn er ook in dat college meer geestverwanten van andere richtingen dan van de mijne.'
13. Op dat moment nog Centraal Laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de volksgezondheid geheten.
14. K.B. van 9 oktober 1912 (*Stb.* 15).
15. K.B. van 6 december 1912 (*Stb.* 23).

16. K.B. van 11 oktober 1917 (*Stb.* 9).
17. Daarom zijn de biografische gegevens van Josephus Jitta opgenomen in het volgende hoofdstuk.
18. *Archief Centrale Gezondheidsraad (CGR)*, doos 2, nr. 400.
19. K.B. van 26 oktober 1903 (*Stb.* 59).
20. Een troetel is een kwast aan de vangsnieren van uniformen.
21. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 111.
22. In 1918 moest Nieuweroord plaats maken voor administratiegebouwen van de Nederlandse Spoorwegen. Zie voor het 'levensverhaal' van Nieuweroord: Wilmer, 29-30. Overigens bleek de villa door de hoge opkomst van de buitengewone leden te klein voor de eerste twee vergaderingen. Noodgedwongen huurde de Raad voor deze op 1 en 6 augustus 1902 belegde bijeenkomsten een lokaal in het nabijgelegen gebouw voor Kunsten en Wetenschappen, het latere conservatorium.
23. *Jaarverslag van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (JV Staatstoezicht) 1902*, 13. In deze toestand kwam tot 1920 geen verandering.
24. Zie voor de bouwgeschiedenis van Sterrenbosch: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 52-53 en 56-59.
25. *JV Staatstoezicht* 1902, 153-154. In januari 1907 werd het reglement na een lange discussie drastisch uitgebreid. In mei 1913 werd een nieuwe versie van kracht.
26. Volgens artikel 10 van het K.B. van 27 mei 1902 moesten de gewone leden zich onthouden van stemming 'over die zaken, welke hen, hunne echtgenooten of hunne bloed- of aanverwanten, tot den derden graad ingesloten, persoonlijk aangaan, of wanneer zij als gelastigden daarin zijn betrokken'.
27. De Centrale Gezondheidsraad vergaderde gemiddeld eens per twee weken. In 1908 en 1909 werden de meeste vergaderingen belegd: 41; in 1917 de minste: 13. Het aantal buitengewone leden bedroeg aanvankelijk 62 en daalde geleidelijk tot 40 in 1920. Van hen bezochten gemiddeld zes de vergaderingen. De betrokkenheid van de buitengewone leden bij de werkzaamheden van de Raad verschilde sterk: sommigen namen vaak aan de vergaderingen deel en hadden zitting in meer dan één commissie, anderen waren inactief. Het was, gelet op de lange reistijden, niet verrassend dat de in de omgeving van Utrecht woonachtige deskundigen vaker de vergaderingen van de Raad bezochten.
28. Het in 1902 vastgestelde vacatiegeld, f 8 voor het bijwonen van een vergadering en f 10 voor het uitbrengen van een rapport of het verrichten van een onderzoek, werd ondanks aandringen van de Raad niet verhoogd. Mede om deze reden nam na 1910 de belangstelling onder de buitengewone leden voor het bijwonen van vergaderingen sterk af.
29. In deze periode betrof Van Dam van Isselt de jurist H. Reuijl, lid van de Centrale Raad van Beroep te Utrecht, als vaste vervanger van Cohen bij de werkzaamheden van de Raad.
30. *JV Staatstoezicht* 1913, 48. De nieuwe voorzitter Ruysch had hier, in navolging van Weijerman in 1906, sterk op aangedrongen.
31. Aanvankelijk werd de voorzitter bij 'ongesteldheid, afwezigheid of ontstentenis' vervangen door 'het oudste aanwezige te Utrecht gevestigde lid', meestal De Man. Bij K.B. van 1 juni 1911 (*Stb.* 140) werd bepaald dat de minister jaarlijks twee plaatsvervangende voorzitters moest benoemen. Tot 1918 fungeerden de buitengewone leden Reuijl en de Utrechtse hoogleraar H. Wefers Bettink als plaatsvervangend voorzitter. Vanaf 1918 nam Ruysch de plaats van Wefers Bettink in.
32. *Archief CGR*, doos 25, nr. 3150 en 3213. Ook Weijerman vond de positie van de secretaris te gewichtig. Volgens hem was dit niet de enige reden voor het trage functioneren van de Raad. Hij voerde de meerderheidspositie van de hoofdinspecteurs en het ontbreken van vaste commissies ook als oorzaken aan.
33. Het in Tilburg werkzame personeel niet meegerekend waren gemiddeld twaalf personen bij de Raad in dienst. Zie voor een beschrijving van de Rijksproefinstallatie in Tilburg paragraaf 3.2.8.
34. *JV Staatstoezicht* 1904, 697-700.
35. *JV Staatstoezicht* 1906, 839. In reglementen werden nadere regels geformuleerd voor het beheer en het gebruik van de hulpmiddelen. *JV Staatstoezicht* 1907, 982-987.
36. Een meerderheid van de Raad vond de zinsnede 'in overleg met den voorzitter' ongelukkig, omdat de secretaris alleen verantwoording schuldig was aan de Raad. De net tot voorzitter benoemde Ruysch pleitte daarentegen voor vervanging van deze bepaling door 'onder goedkeuring van den voorzitter'. *Archief CGR*, doos 50, nr. 1938.
37. In navolging van de ambtenaren van het Geneeskundig Staatstoezicht hadden ook de medewerkers van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid het recht 'alle openbare gebouwen, alle scholen (...), kinderbewaarplaatsen, gestichten van liefdadigheid, weeshuizen, herbergen, logementen, slaapsteden,

- fabrieken, werkplaatsen, magazijnen, winkels, gevangenissen, ziekeninrichtingen, badhuizen en (...) alle woningen binnen te treden ten einde zich zooveel mogelijk bekend te maken met den toestand en de inrichting dier gebouwen of woningen'. Desnoods konden zij proces-verbaal opmaken. Vooral de inspecteurs en de secretarissen van de gezondheidscommissies maakten van deze bevoegdheden gebruik.
38. De artsen vormden met gemiddeld 25 procent de grootste groep. Zij hadden in bijna de helft van de commissies het voorzitterschap in handen. Het secretarisschap, de enige bezoldigde functie, berustte het vaakst bij juristen. Het aantal vrouwen in de commissies kwam in deze periode niet boven de één procent uit.
 39. De inspecteurs waren volgens het K.B. van 27 mei 1902 verantwoording schuldig aan de hoofdinspecteurs, die op hun beurt onder gezag stonden van de Centrale Gezondheidsraad.
 40. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 125 en 134. Bij K.B. van 10 oktober 1912 (*Stb.* 318) werd de positie van de inspecteurs versterkt. Zo kregen zij de mogelijkheid een beslissing van de minister te vragen als zij zich bezwaard voelden door een handeling van de hoofdinspecteur.
 41. *Archief CGR*, doos 37, nr. 1304 en 1374.
 42. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 39.
 43. *Archief CGR*, doos 27, nr. 1501.
 44. *Archief Gezondheidsraad (GR) (oud)*, nr. 1739, 'Geheim nummer *Voorstellen en Verslagen* 1908, 571-573'.
 45. *Archief GR (oud)*, nr. 1739, 'Geheim nummer *Voorstellen en Verslagen* 1908, 659-667'.
 46. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 55-56. Bij K.B. van 30 juni 1909 (*Stb.* 57) werd Cohen met ingang van 1 juli 1909 tot directeur van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid benoemd. Broers, inmiddels aan de beterende hand, werd in oktober aangesteld tot hoofd van de Bacteriologisch-biologische Afdeling. Na het overlijden van Cohen, in 1913, werd hij alsnog tien jaar lang directeur.
 47. K.B. van 7 juli 1909 (*Stb.* 41).
 48. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 65-66.
 49. Deze vrees was ongegrond. Wel werd een van de medewerkers van de Raad geplaatst onder het gezag van het buitengewoon lid dat belast was met de zorg voor de bibliotheek.
 50. *Berichten en Mededeelingen* 1904, 179-181.
 51. *JV Staatstoezicht* 1904, 694-697 en 701-705.
 52. *JV Staatstoezicht* 1904, 705-710.
 53. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage A.V.11, 5 en A.V.12, 28.
 54. Uit de samenstelling van de commissies blijkt dat deze gedachte in 1904 niet in praktijk is gebracht.
 55. De secretaris verbreidde 'in den meest wijden kring' zijn zienswijze, 'welke in verschillende, en, als ik mij niet bedrieg, 't meest in vrijzinnig democratische kringen langzaam maar zeker doordringt en veld wint', aldus Van Dam van Isselt. Weijerman zou herhaaldelijk geprobeerd hebben Van Dam van Isselt voor zijn plannen te winnen, maar, aldus de voorzitter, 'ik heb steeds mijne zelfstandigheid gehandhaafd, en mij noch door hem noch door anderen laten mede slepen in den partijstrijd. Ik heb gestreefd om daarbuiten te blijven, en, zoo ver mij dat mogelijk was, daarboven een objectief standpunt in te nemen. Daardoor is het mij mogelijk geweest, bij de dagelijksche leiding der zaken, den secretaris in toom te houden.'
 56. *Archief Abraham Kuyper*, nr. 6930, 'Brief J.T.T.C. van Dam van Isselt aan A. Kuyper, 12-9-1904'.
 57. *JV Staatstoezicht* 1904, 710-714; *Archief GR (oud)*, nr. 953. Het advies van de Raad was voorbereid door een commissie, die onder meer bestond uit Van Dam van Isselt, Ruysch en Goeman Borgesius. Weijerman ontbrak op de vergadering waarop de voorstellen van Huizinga werden besproken.
 58. De enige informatie waarover het parlement in december 1905 beschikte, had betrekking op de laatste vijf maanden van 1902. Vooral de eerste vijf jaarverslagen, die voor 1 juli moesten worden ingediend, verschenen veel te laat, soms zelfs twee jaar na de verwachte datum. Als oorzaak werd genoemd dat een slecht bezet secretariaat de jaarverslagen van de vier hoofdinspecteurs, zestien inspecteurs en 130 gezondheidscommissies tot één verhaal moest omvormen. Hoewel de jaarverslagen nooit op tijd zouden verschijnen, trad er vanaf 1908 verbetering op.
 59. *H.S.G.* 1905-1906, II, 735-738.
 60. *H.S.G.* 1906-1907, II, bijlage A.V.11, 8-9.
 61. *H.S.G.* 1906-1907, II, bijlage A.V.13, 38-40.
 62. *H.S.G.* 1906-1907, II, 824-834.

63. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Bijlage behorende bij het schrijven van den Centralen Gezondheidsraad betreffende het Voorlopig Verslag Wetsontwerp tot vaststelling Hoofdstuk V dienst 1907, 16-11-1906'.
64. *Archief GR (oud)*, nr. 1673, 'Geheime notulen van 22-8-1908'.
65. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Brief J.W. Jenny Weijerman aan P. Rink, 14-12-1906'. Aan het verweerschrift waren twee bijlagen toegevoegd, waarin de buitengewone leden Huizinga en Eijkman het betoog van Weijerman op onderdelen ondersteunden.
66. Bovendien was Weijerman volgens de Raad weer onzorgvuldig omgesprongen met de 'lasterlijke aantijgingen', getuige het feit dat die door een van de ambtenaren van de Raad op papier waren gezet. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Weerlegging van de Secretaris Verweerschrift, 22-4-1907'.
67. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Brief J.W. Jenny Weijerman aan P. Rink, 19-7-1907'.
68. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Rapport omtrent de ontslagname door den Heer Dr Jenny Weijerman als lid en rapporteur der Septic-Tank commissie'. De Raad was woedend dat Weijerman niet om ontslag had gevraagd, maar het met onmiddellijke ingang had genomen. De secretaris verdedigde dit met het argument dat zijn aanblijven tot nieuwe ruzies zou hebben geleid 'die ik hartgrondig moe ben'.
69. De geheime notulen uit de jaren 1907-1910 laten er geen twijfel over bestaan dat de Raad werd verlamd door interne strubbelingen. In de vergaderingen ging het er hard aan toe. Vooral de hoofdinspecteurs Pijnappel en Ali Cohen dienden de secretaris fel van repliek. Het aantal verbale bedreigingen was aanzienlijk. *Archief GR (oud)*, nr. 1673.
70. *Archief GR (oud)*, nr. 954, 'Brief J.T.T.C. van Dam van Isselt aan Th. Heemskerk, 1-7-1909'. In de vergadering waarin deze brief werd vastgesteld, betoogde Pijnappel dat de minister een keuze moest maken tussen Weijerman of de overige leden van de Raad. *Archief GR (oud)*, nr. 954, 'Geheime notulen van 26-6-1909'.
71. De archieven geven geen uitsluitsel of Weijerman vrijwillig of onder druk van Ruysch (of minister Heemskerk) het secretarisschap neerlegde. Misschien dat Ruysch alleen het voorzitterschap wilde bekleden met de steun van een andere secretaris (ook de relatie tussen Ruysch en Weijerman was slecht). Aan de andere kant is het ook mogelijk dat Weijerman uit 'tactische' overwegingen het secretarisschap beëindigde. Doordat hij aanbleef als lid moesten de hoofdinspecteurs immers genoegen nemen met een minderheidspositie in de Raad. Daarvoor had Weijerman jarenlang geijverd.
72. *Archief GR (oud)*, 'Notulen van 11-1-1913'.
73. Zoals gezegd, ressorteerde 'Volksgezondheid' tot september 1918 onder het ministerie van Binnenlandse Zaken; daarna werd de minister van Arbeid belast met het volksgezondheidsbeleid.
74. *Archief GR (oud)*, nr. 963, 'Brief N.M. Josephus Jitta aan P.J.M. Aalberse, 8-1-1919'.
75. *Archief Directoraat-Generaal Volksgezondheid (DVGZ) 1918-1950*, nr. 835, 'Interne notitie aan P.J.M. Aalberse, 22-11-1918'. Volgens de briefschrijver, waarschijnlijk de in 1919 tot directeur-generaal van de Volksgezondheid benoemde L. Lietaert Peerbolte, waren het vroeger Weijerman, Cohen en Pijnappel 'die ieder op eigen wijze saboteerden'. In de toekomst 'zal het weer een ander zijn'.
76. *H.S.G. 1906-1907*, II, bijlage 274.1-274.3.
77. *Archief GR (oud)*, 1739, 'Advies Centrale Gezondheidsraad van 29-6-1907'.
78. *H.S.G. 1907-1908*, II, bijlage 78.1.
79. *H.S.G. 1909-1910*, II, bijlage 8.1.
80. *Archief GR (oud)*, nr. 953, 'Geheim nummer *Voorstellen en Verslagen* 1908, 659-667'.
81. *Archief GR (oud)*, nr. 973, 'Geheim nummer *Voorstellen en Verslagen* 1908, 687-690'.
82. *Archief GR (oud)*, nr. 973, 'Brief Th. Heemskerk aan J.T.T.C. van Dam van Isselt, 15-2-1909'.
83. *Archief GR (oud)*, nr. 973, 'Geheim nummer *Voorstellen en Verslagen* 1909, 56-64'. Hoewel dit niet direct uit de archiefstukken blijkt, mag worden aangenomen dat Weijerman ook nu in een minderheidsnota van zijn afwijkende standpunt melding heeft gemaakt.
84. *H.S.G. 1909-1910*, II, bijlage 306.1-306.3.
85. De minister vroeg pas advies aan de Centrale Gezondheidsraad toen de Raad van State hierom had verzocht. Zie: *JV Staatstoezicht* 1910, 65. Het advies verscheen voordat het wetsvoorstel het parlement bereikte.
86. In het advies werd het onjuist genoemd de naam van de Raad in de door Heemskerk gewenste Gezondheidswet ongewijzigd te laten. De aanduiding *Centrale* zou immers niet meer van toepassing zijn.

87. *Archief Volksgezondheid en Armwezen*, nr. 318, 'Stukken betreffende voorbereiding van een wijziging van de Gezondheidswet, 1910-1915'.
88. *H.S.G.* 1910-1911, II, bijlage 72.1.
89. Wel erkende de minister dat de persoonlijke verhoudingen in de Raad veel te wensen overlieten en dat hij klachten had ontvangen over het functioneren van Weijerman, die echter ook zelf geregeld zijn beklag had gedaan. Voor het ontslag van Weijerman, die per 1 januari 1913 niet meer als secretaris aan de vergaderingen deelnam, was geen grond aanwezig, aldus Heemskerk. *H.S.G.* 1912-1913, II, bijlage 36.1-36.2.
90. *H.S.G.* 1913-1914, II, bijlage 28.
91. In het voorstel van de minister was geen plaats meer in de Raad voor de hoofdinspecteurs. Daarentegen wenste hij wel de secretaris uit de leden te kiezen. *Voorstellen en Verslagen* 1914, 454-463.
92. Aan het advies was een minderheidsnota toegevoegd van hoofdinspecteur Den Houter, die onder meer instemde met het plan om de territoriale hoofdinspecteurs te vervangen door vak-hoofdinspecteurs. *Voorstellen en Verslagen* 1915, 97-144.
93. De bewindsman voegde hier nog aan toe dat het verzet van de Raad tegen de reorganisatie van het Staatstoezicht niet altijd binnen de gewenste zakelijke grenzen bleef. Hij drukte de Raad op het hart 'dat hoe ook de organisatie moge zijn en de wet moge luiden, de invloed van Uw College steeds rechtstreeks afhankelijk zal zijn van de verhoudingen in zijn eigen kring en van de wijze, waarop het meent, zijn taak te moeten vervullen'. *Archief CGR*, doos 72, nr. 541.
94. Op verzoek van de voorzitter of de minister kon ook de voltallige Raad om advies worden gevraagd. Van deze mogelijkheid is tot op heden geen gebruik gemaakt.
95. *H.S.G.* 1918-1919, II, bijlage 451.1-451.3.
96. *Archief GR (oud)*, nr. 1739, 'Advies Centrale Gezondheidsraad van 25-3-1919'. Aan het advies waren twee minderheidsnota's toegevoegd, alsmede het pre-advies van de commissie en daarbij behorende minderheidsstandpunten. *Archief GR (oud)*, nr. 1739, 'Geheime nummers *Voorstellen en Verslagen*, 145-161 en 191-221'. Een maand later deelde de Raad de minister mee tegen instelling van een Woningraad te zijn. *Archief GR (oud)*, nr. 966, 'Advies Centrale Gezondheidsraad van 25-4-1919'.
97. *H.S.G.* 1918-1919, II, bijlage 451.4.
98. *H.S.G.* 1919-1920, II, bijlage 60.1. Nog in 1919 voegde de minister de daad bij het woord door de jurist Lietaert Peerbolte tot de eerste directeur-generaal van de Volksgezondheid te benoemen.
99. *H.S.G.* 1919-1920, II, 182-191.
100. *H.S.G.* 1919-1920, I, 140-142 en 151-152.
101. Zoals gezegd, is het mogelijk dat niet alle adviezen van de Raad uit de jaren vóór 1955 zijn opgespoord.
102. De entstof werd verkregen uit pokpuisten van aan koepokken lijdende koeien (het virus dat bij koeien koepokken veroorzaakt verschilt van het menselijk pokkenvirus, maar is er wel aan verwant).
103. Zoals het in 1808 door koning Lodewijk Napoleon genomen besluit om bij een dreigende pokkenepidemie niet-ingeeënte kinderen de toegang tot de scholen te ontzeggen. Houwaart, *De hygiënist*, 30-31.
104. K.B. van 7 september 1814 (*Stb.* 98), houdende bepalingen ter bevordering van het meer algemeen gebruik der koepokinenting.
105. K.B. van 18 april 1818 (*Stb.* 20), ter bevordering van de koepok-inënting.
106. Houwaart, *De hygiënist*, 37.
107. De inhoud van de Epidemiewet is reeds in paragraaf 2.1.3 ter sprake gekomen.
108. Zie voor een beschrijving van de totstandkoming van de vaccinatie-artikelen: Brandts-Bottema, *Overheid en opvoeding*, 17-20; Maas, *Parlement en Polio*, 38-44. Overigens werden ook militairen, gevangenen en patiënten in psychiatrische inrichtingen verplicht zich te laten inenten. Door de nieuwe bepalingen verdubbelde het jaarlijkse aantal vaccinaties. Bovendien daalde het aantal gevallen van pokken na 1872 sterk. Houwaart, *De hygiënist*, 271 en 385.
109. Sinds 1872 probeerden de antirevolutionairen de zijdelingse inentingsdwang te elimineren. Zie voor een overzicht van het verzet tegen de vaccinatie-artikelen tot 1901: Brandts-Bottema, *Overheid en opvoeding*, 20-25.
110. *H.S.G.* 1902-1903, II, bijlage 136.1-136.3.
111. 'Rapport der commissie benoemd om een onderzoek', 1361 en 1367-1370.
112. *NTvG* 47 (1903) II, 605-608.

113. *Archief CGR*, doos 5, nr. 1307.
114. Götte, 'Het Wets-Ontwerp tot nadere wijziging', 48.
115. *Archief CGR*, doos 30, nr. 2997.
116. Zoals gezegd, was Fokker een tegenstander van de bacteriologische leer van Robert Koch. Spronck was een van de grondleggers van de immunologie in Nederland en directeur van het Bacterio-Therapeutisch Instituut, een particulier bedrijf waar sera en vaccins werden bereid. Zie voor de geschiedenis van dit Instituut: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 40-48 en 85-90.
117. *Voorstellen en Verslagen* 1903, 90-113.
118. In Engeland bestond sinds 1836 een vaccinatieplicht. Ook in Duitsland, Italië en enkele Scandinavische landen was sprake van inentingsdwang. Zie voor een overzicht van de bezwaren tegen de koepokinenting in het buitenland: Trüb, 'Die Gegner der Pockenschutzimpfung und ihre Propaganda'.
119. *Voorstellen en Verslagen* 1903, 132-203.
120. *Voorstellen en Verslagen* 1903, 204-210.
121. *Archief CGR*, doos 5, nr. 1307.
122. *Voorstellen en Verslagen* 1903, 227-232.
123. Het opsturen van pre-adviezen heeft later nooit meer plaatsgevonden.
124. *H.S.G.* 1902-1903, II, 1183-1184.
125. Deze bepaling zou niet gelden voor personen die om medische redenen in aanmerking kwamen voor vrijstelling.
126. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage 28.1-28.2.
127. *H.S.G.* 1905-1906, II, bijlage 39.
128. Deze theorie is, wat betreft besmettelijke ziekten in het algemeen, nog steeds actueel. Zie bijvoorbeeld: McKeown, *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*; Hardy, 'Smallpox in London'. De sociaal geneeskundige J.P. Mackenbach zette onlangs in zijn oratie uiteen dat drie factoren van invloed zijn geweest op de teruggang van besmettelijke ziekten: betere hygiëne in ruime zin (collectieve preventie), gestegen welvaart en gezondheidszorgvoorzieningen. Bij pokken heeft vaccinatie een aantoonbaar gunstig effect gehad. Mackenbach, *De veren van Icarus*.
129. *Archief CGR*, doos 30, nr. 2997.
130. In tegenstelling tot Kuyper vroeg Heemskerk de Raad om advies voordat het wetsontwerp bij de Tweede Kamer was ingediend.
131. *H.S.G.* 1910-1911, II, bijlage 161.2-161.3.
132. De commissie bestond uit Pijnappel, Fabius, Spronck, de hoogleraar in de hygiëne, medische politie en gerechtelijke geneeskunde Eijkman en het lid van de Bond tegen Vaccinedwang E.A. Keuchenius.
133. *Voorstellen en Verslagen* 1910, 145-147.
134. De Tweede Kamer vond deze mededeling te vaag en vroeg om inzage in het advies. Hieraan voldeed de minister met spoed. *H.S.G.* 1910-1911, II, bijlage 161.3-161.5.
135. *H.S.G.* 1910-1911, II, 2044-2054; *Ibidem*, I, 637.
136. Daarbij niet inbegrepen zijn de adviezen over de zogeheten beroepsziekten (zie paragraaf 3.2.3).
137. Een van de weinige niet-besmettelijke ziekten die wel op de agenda van de Raad verscheen, was adenoïde vegetatie (woekering van het klierweefsel van de derde amandel) in de neuskeelholte van schoolgaande kinderen. Zie voor een beschrijving van de bemoeienissen van de Raad met deze aandoening: Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 145-146.
138. Zie voor een overzicht van de leprabestrijding in Nederland: Sanders, 'Lepra', 995-1014.
139. *JV Staatstoezicht* 1904, 383-384.
140. *H.S.G.* 1906-1907, II, 807 en 821; *Ibidem*, bijlage A.V.13, 36.
141. In het interbellum omgedoopt in 'Nederlandsche Vereeniging ter bestrijding van Lepra'.
142. Sanders, 'Lepra', 1004-1005.
143. Van Loghem, 'Lepra-bestrijding in Nederland', 3337.
144. Zie voor een overzicht van de tuberculosebestrijding in Nederland: Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland 1900-1960*.
145. Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 37-43. Van deze organisatie was Pijnappel tot 1908 secretaris en in de jaren 1908-1921 tweede voorzitter.
146. *JV Staatstoezicht* 1904, 367-368.
147. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage A.V.12, 29.
148. *JV Staatstoezicht* 1917, 58-59; Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 107.

149. Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze discussie: Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 108-114.
150. Het lag voor de hand dat de Centrale Gezondheidsraad, die met opheffing werd bedreigd, niet werd belast met deze belangrijke en uitgebreide opdracht.
151. *Verslag van de Staatscommissie, ingesteld bij Kon. Besluit van 3 juli 1918; Advies GR 1962/10*, 11-16; Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 120-137 en 143-145.
152. Zie voor een overzicht van deze epidemieën tot 1880 en de reacties van de hygiënisten: Houwaart, *De hygiënisten*, 118-162.
153. Houwaart, *De hygiënisten*, 362.
154. *Archief CGR*, doos 20, nr. 3468 en 3618.
155. *H.S.G.* 1905-1906, bijlage A.V.11, 4 en A.V.13, 23.
156. *JV Staatstoezicht* 1908, 39-40 en 868-869.
157. Zie voor een beschrijving van de epidemie te Rotterdam: Hijmans van den Bergh, 'De cholera te Rotterdam'.
158. Ruysch, 'Cholera', 314.
159. *JV Staatstoezicht* 1909, 26-30.
160. Ruysch, 'Cholera', 314.
161. *H.S.G.* 1909-1910, II, bijlage A.III.9, 150.
162. Zie voor een overzicht van de geslachtsziektenbestrijding in de vorige eeuw: Stemvers, 'Geslachtsziektenbestrijding'.
163. Van Leeuwen, 'De bestrijding der geslachtsziekten', 112. Deze vereniging was ontstaan op initiatief van de NMG.
164. *Voorstellen en Verslagen* 1919, 123-126.
165. *H.S.G.* 1919-1920, II, bijlage A.XA.2, 10 en A.XA.8, 16.
166. *JV Staatstoezicht* 1902, 81.
167. Goeman Borgesius, 'Ontsmetting en Onteigening in de Tweede Kamer', 293-294.
168. *JV Staatstoezicht* 1903, 162.
169. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage A.V.11, 5 en A.V.12, 29.
170. Goeman Borgesius, 'Ontsmetting en Onteigening in de Tweede Kamer'.
171. De Sanitaire Conventie van Parijs was in 1903 tot stand gekomen. Bij de Wet van 31 December 1906 (*Stb.* 370) bekrachtigde Nederland de afspraken.
172. De proeven waren op initiatief van de Raad verricht.
173. *JV Staatstoezicht* 1906, 66-67. Uit de proefnemingen, onder leiding van 'technisch lid' De Man, bleek dat het Marot-gas, in vergelijking met het Clayton- en Nocht-gas, voor ontsmetting van schepen uit door pest besmette havens de meeste kans op succes bood en nauwelijks schade berokkende. Zie ook: Ruysch, 'Rattenverdelging'.
174. Zie voor een beschrijving van dit station: Thiebout, 'Quarantaine-station aan den Maasmond'.
175. *JV Staatstoezicht* 1910, 50.
176. Deze uit vilt en hout bestaande barakken waren ontworpen door de Deense ritmeester J.G.C. Döcker. Van Lieburg, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam*, 24.
177. *JV Staatstoezicht* 1904, 377-381.
178. *JV Staatstoezicht* 1915, 107. Behalve over de Rijksziekenbarakken adviseerde de Raad ook over de vraag welk verplaatsbaar ontsmettingstoestel moest worden aangeschaft.
179. *JV Staatstoezicht* 1907, 1060-1063; *Voorstellen en Verslagen* 1911, 481-482.
180. *Maandblad* 1914, 360-362. Dit pamflet verscheen in een oplage van 6000.
181. *Maandblad* 1915, 279-281.
182. Wel werden er in het interbellum nog waarschuwingen en aanbevelingen van de Gezondheidsraad in dagbladen gepubliceerd.
183. Zie bijvoorbeeld: De Man, 'Eenige mededeelingen omtrent de Ankylostomiasis'.
184. *JV Staatstoezicht* 1903, 189-190.
185. *JV Staatstoezicht* 1904, 346-361.
186. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage A.IX.21, 41.
187. Na 1910 daalde dit percentage tot onder de één. De Centrale Gezondheidsraad bleef jaarlijks rapporteren over het aantal besmette arbeiders.
188. Binneveld, *Een zaak van vertrouwen*, 33.

189. *JV Staatstoezicht* 1904, 364-366.
190. De in 1890 in het leven geroepen Arbeidsinspectie hield toezicht op de naleving van de bepalingen uit de Arbeidswet (1889) en de Veiligheidswet (1895). De samenwerking tussen deze dienst en het Staatstoezicht verliep niet altijd vlekkeloos. Zij zagen elkaar lange tijd als concurrenten. In 1915 constateerde Ruysch verbitterd dat de Arbeidsinspectie terrein van het Staatstoezicht had geannexeerd. *Archief CGR*, doos 63, nr. 1325.
191. Zie voor een historisch overzicht van de verhouding tussen artsen en verloskundigen: Klinkert, *Verloskundigen en artsen*.
192. Wel adviseerde de Raad de overheid strenger op te treden tegen de uitoefening van de verloskunde door onbevoegden. *JV Staatstoezicht* 1905, 678-684.
193. *Voorstellen en Verslagen* 1919, 263-267.
194. *JV Staatstoezicht* 1920, 148-149.
195. Zie voor een beknopte analyse van de kwakzalverij in de negentiende en twintigste eeuw: Van Vegchel, *Medici contra kwakzalvers*.
196. *H.S.G.* 1901-1902, II, 485.
197. *H.S.G.* 1901-1902, II, 487. Illustratief was dat Kuyper in 1902 een homeopaat tot buitengewoon lid van de Centrale Gezondheidsraad benoemde.
198. *Voorstellen en Verslagen* 1906, 39-48.
199. *H.S.G.* 1907-1908, II, bijlage A.V.13, 34.
200. *Berichten en Mededeelingen* 1910, 51-54.
201. *Archief CGR*, doos 54, nr. 1240.
202. *Maandblad* 1913, 294.
203. *Voorstellen en Verslagen* 1910, 351.
204. *Voorstellen en Verslagen* 1914, 275-278.
205. *Voorstellen en Verslagen* 1915, 71-74.
206. *Voorstellen en Verslagen* 1917, 1-8. Drie van de zeven leden konden zich niet met dit voorstel verenigen, omdat zij het in strijd vonden met de belangen van de volksgezondheid. Aanleiding voor het advies was de beoordeling van een rekest uit 1913, waarin enkele vooraanstaande Nederlanders de koningin vroegen om een ruimere vrijheid van bevoegdheid tot handelen.
207. *Rapport van de Staatscommissie benoemd bij K.B. 31 Juli 1917*, 36.
208. De non-interventiepolitiek van de overheid op het terrein van de kwakzalverij werd ook in het interbellum gecontinueerd. Van Vegchel, *Medici contra kwakzalvers*, 55.
209. Festen, *125 jaar geneeskunst en maatschappij*, 171 en 181.
210. Beukers, *Het beroepsgeheim van den geneesheer*, 75.
211. Pinkhof, 'Beroepsbelangen', 632-633.
212. *JV Staatstoezicht* 1903, 331-335.
213. Zoals vastgelegd in artikel 21 van de Wet van 25 December 1878. *H.S.G.* 1903-1904, II, bijlage 213.2-213.3.
214. *H.S.G.* 1904-1905, II, bijlage 42.1-42.2.
215. *H.S.G.* 1905-1906, II, bijlage 39.
216. Borst-Eilers en Rigter, 'De rol van de arts bij het vergaren van genetische gegevens'.
217. *JV Staatstoezicht* 1902, 68.
218. *Voorstellen en Verslagen* 1903, 18-25.
219. *H.S.G.* 1912-1913, II, bijlage 261.1-261.3.
220. *JV Staatstoezicht* 1908, 70-71.
221. *JV Staatstoezicht* 1909, 399.
222. *JV Staatstoezicht* 1912, 197. Overigens was de voedingshygiëne een belangrijk onderzoeksterrein van het Centraal Laboratorium voor de Volksgezondheid.
223. Zie bijvoorbeeld: Van Otterloo, *Eten en eetlust in Nederland*, 104-105.
224. *H.S.G.* 1917-1918, II, bijlage 303.2-303.3.
225. *Voorstellen en Verslagen* 1916, 575-583.
226. *H.S.G.* 1917-1918, II, bijlage 303.3, 5.
227. *Voorstellen en Verslagen* 1908, 72.
228. *Voorstellen en Verslagen* 1914, 161.
229. *Voorstellen en Verslagen* 1917, 132.

230. *Voorstellen en Verslagen* 1905, 279-280.
231. *Voorstellen en Verslagen* 1911, 52.
232. *H.S.G.* 1906-1907, II, bijlage A.I.4, 46.
233. *H.S.G.* 1908-1909, II, bijlage A.V.13, 32.
234. *Maandblad* 1913, 175-182.
235. *H.S.G.* 1917-1918, II, bijlage A.V.14, 22.
236. In ons koninkrijk was dit vraagstuk vooral actueel in Nederlands-Indië.
237. *Voorstellen en Verslagen* 1913, 433-442.
238. Zie voor de (voor)geschiedenis van deze instellingen tot het midden van de jaren dertig: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 107-135; Jannink, 'Geschiedenis der Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening'.
239. De eerste Nederlandse waterleiding was in 1853 in Amsterdam aangelegd. Zie voor een overzicht van de situatie voor het midden van de vorige eeuw: Vogelzang, *Drinkwatervoorziening van Nederland voor de aanleg van de drinkwaterleiding*.
240. *JV Staatstoezicht* 1903, 234.
241. *H.S.G.* 1906-1907, II, bijlage A.V.13, 23.
242. *JV Staatstoezicht* 1910, 29-30.
243. *JV Staatstoezicht* 1911, 26.
244. *H.S.G.* 1909-1910, II, bijlage A.V.13, 38.
245. *Berichten en Mededeelingen* 1903, 283.
246. *JV Staatstoezicht* 1908, 66. De Raad deed ook onderzoek naar de invloed van loden pompbuizen op de samenstelling van put- en grondwater.
247. Zie voor een overzicht: Van Zon, *Een zeer onfrisse geschiedenis*.
248. *JV Staatstoezicht* 1904, 30.
249. Vooral in Engeland was al volop geëxperimenteerd met de biologische zuiveringsmethode.
250. *JV Staatstoezicht* 1902, 27.
251. Hij zette zijn bevindingen in enkele artikelen uiteen. Weijerman, 'Het septic-tank-stelsel' en 'Over de waarde der biologische zuiveringsmethodes voor de praktijk'.
252. De Nederlandsche Maatschappij tot automatische vernietiging van rioolstoffen voerde het beheer uit over deze installaties.
253. Woltering, 'Proefinstallatie voor biologische zuivering te Tilburg', 41-43.
254. *JV Staatstoezicht* 1904, 57-60.
255. *JV Staatstoezicht* 1909, 711-714.
256. Van Zon, *Een zeer onfrisse geschiedenis*, 100.
257. *Voorstellen en Verslagen* 1911, 37-43.
258. *Voorstellen en Verslagen* 1911, 37-43.
259. Zie paragraaf 3.1.7.
260. *JV Staatstoezicht* 1912, 60.
261. Bergsma, 'De strijd tegen het stof op de wegen', 358.
262. *JV Staatstoezicht* 1907, 24-25.
263. *Maandblad* 1908, 27-38.
264. *Tijdschrift voor Sociale Hygiëne* 17 (1915), 1.
265. Het onderwerp voeding kwam eerder al, in 1915, aan de orde, toen de Raad een onderzoek instelde naar, wat genoemd werd, de volksvoeding. Door de belemmeringen in het internationale transport van voedingsmiddelen, die bij een blokkade nog konden verergeren, dreigde een schaarste aan voedingsmiddelen. De Nederlandse bevolking mocht niet te veel eten van de Raad. De maaltijden moesten gevarieerd zijn en voldoende eiwitten, koolhydraten, vetten en zouten bevatten. Het volk moest ook zuinig zijn met brandstoffen, aldus de Raad, en zich beperken in het aantal dieren dat in huis werd genomen. *Voorstellen en Verslagen* 1915, 185-194.
266. *JV Staatstoezicht* 1917, 317-332.
267. *Voorstellen en Verslagen* 1918, 67-78. Deze opmerking schoot het toekomstig lid van de commissie, H.A. van IJsselstein, in het verkeerde keelgat. Hij vond dat de commissie met wetenschappelijke bewijzen moest komen. Deze volhardde echter in haar standpunt en stelde dat 'eene meer smakelijke, meer deugdelijke en meer aan afwisseling rijke voeding zoude zijn te verkrijgen geweest dan inderdaad door hen werden genoten'. De kennis van de vrouwen uit de arbeidersklasse van de samenstelling van

- het voedselpakket schoot, aldus de commissie, tekort. Gebrekkige voorlichting van de overheid zou hier de oorzaak van zijn. *Voorstellen en Verslagen* 1918, 317.
268. *Voorstellen en Verslagen*, 217-242.
 269. *JV Staatstoezicht* 1918, 124.
 270. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 157.
 271. *JV Staatstoezicht* 1919, 132.
 272. Tenzij anders vermeld, zijn de andere gegevens uit deze paragraaf ontleend aan: *De invloed van den oorlogstoestand op den gezondheidstoestand van het Nederlandsche volk*.
 273. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 161.
 274. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 180.
 275. *JV Staatstoezicht* 1916, 120.
 276. *JV Staatstoezicht* 1918, 92.
 277. 'Staatstoezicht voor de volksgezondheid in dezen veelbewogen tijd', 320.
 278. Ruysch, 'Mobilisatie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', 333.
 279. Ruysch, 'De gezondheidstoestand tijdens den wereldstrijd', 18.
 280. Weijerman kreeg de leiding van de geneeskundige dienst in het vluchtelingenkamp in de legerplaats bij Oldebroek. Ruysch, 'Mobilisatie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', 335-336.
 281. Ruysch, 'De volksnooden en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', 192.
 282. *Voorstellen en Verslagen* 1918, 601.
 283. *H.S.G.* 1917-1918, II, bijlage 400.2-400.3; *Voorstellen en Verslagen* 1918, 647.

HOOFDSTUK 4

1. Zie voor biografische informatie over Josephus Jitta: Lindeboom, *Dutch medical biography*, 983-984; Van Loghem, 'Nicolaas Marinus Josephus Jitta'.
2. K.B. van 11 augustus 1920 (*Stb.* 69).
3. K.B. van 21 december 1939 (*Stb.* 59). De Gezondheidswet van 1919 stelde geen leeftijdsgrens aan het lidmaatschap van de Raad.
4. In 1923 was het ledental het grootst (86), toen 15 leden van de opgeheven Rijkswoningraad tot de Gezondheidsraad toetraden. In de loop van het interbellum daalde het ledental geleidelijk tot 65. Gemiddeld per jaar waren in deze periode drie vrouwen lid van de Raad.
5. Zo hadden een vertegenwoordiger in de Raad: de Limburgsche R.K. Werkgeversvereniging, het R.K. Werkliedenverbond, het Algemeen Nederlandsch Vakverbond, het Nederlandsch Verbond van Vakverenigingen, het Nationaal Arbeids-Secretariaat, de Christelijken Nationalen Werkmansbond, de Federatie van R.K. Vrouwenbonden in Nederland, de Bond van Nederlandsche vroedvrouwen, het Maatschappelijk Werk voor Zieken, de Algemeenen Nederlandschen Drogistenbond, de Nederlandsche Vereeniging van Gestichtsartsen, de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, en de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
6. 'Jaarverslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over 1921', *VMVGZ* 1922, 322-327.
7. Toch bleven zij ver in de minderheid. Hun aantal steeg in het interbellum tot veertien, ofwel ruim twintig procent van het totale aantal leden.
8. 'Volksgezondheid' ressorteerde in het interbellum achtereenvolgens onder het ministerie van Arbeid (tot januari 1923); Arbeid, Handel en Nijverheid (tot mei 1932); Binnenlandse Zaken (tot juni 1933); en Sociale Zaken (vanaf juni 1933).
9. Dit was een groot huis met tuin, dat lange tijd eigendom was geweest van een Haagse huisarts.
10. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 521.
11. Verder bepaalde de Gezondheidswet dat de leden van de Gezondheidsraad bevoegd waren gebouwen en woningen te inspecteren. Proces-verbaal konden zij echter, in tegenstelling tot de leden van de Centrale Gezondheidsraad, niet opmaken. Dat recht was voorbehouden aan ambtenaren van het Staatstoezicht.
12. Het kwam in het interbellum geregeld voor dat een instantie rechtstreeks een vraagstuk voorlegde aan de Gezondheidsraad. Een commissie van de Raad adviseerde dan de bewindsman. Deze werkwijze stuitte niet op bezwaren, omdat de Raad zowel gevraagd als ongevraagd adviezen mocht opstellen.

13. Per jaar waren gemiddeld 23 commissies actief, variërend van 14 in de periode 1920-1922 tot 30 in 1932 en 1939.
14. Tien commissies bleven gedurende het gehele interbellum actief. Daarvan brachten de Commissie voor zaken van algemeene hygiëne en sociale hygiëne en de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten de meeste adviezen uit.
15. 'Uittreksel uit het verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad, uitgebracht aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid over 1922', *VMVGZ* 1923, 436. Bovendien speelde een rol dat de commissieleden alleen een vergoeding kregen voor gemaakte reis- en verblijfkosten. In tegenstelling tot de deskundigen uit de Centrale Gezondheidsraad ontvingen zij geen vacatiegeld.
16. In de loop van het interbellum werd hij van steeds meer commissies lid. Zo zat hij, altijd als voorzitter, in 1921 in 2 van de 14, en in 1939 in 25 van de 29 commissies.
17. *Mededeelingen* 1922, 2.
18. *Archief DGVGZ 1918-1950*, nr. 816, 'Reglement van orde voor den Gezondheidsraad'.
19. Het personeel van de Raad werd verplicht in Den Haag te wonen. Dit leidde tot protesten, waarna de minister één jaar uitstel verleende. *Archief GR (oud)*, nr. 972, 'Instructies voor de ambtenaren en bedienenden werkzaam bij den Gezondheidsraad'.
20. *Archief DGVGZ 1918-1950*, nr. 816, 'Reglement van orde voor den Gezondheidsraad'. Mede door de 'alleenheerschappij' van de voorzitter liep de vaststelling van zowel het reglement van de bibliotheek als de instructies voor het personeel geen vertraging op. *Archief GR (oud)*, nr. 972.
21. In de volgende paragraaf kom ik op de bezuinigingen terug.
22. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1924', *VMVGZ* 1925, 271 en 273.
23. K.B. van 26 september 1932 (*Stb.* 8). Van Asch van Wijck bleef wel lid van de Raad. Volgens de 'memoires' van mejuffrouw C. de Lamaar, die bijna 45 jaar in dienst was bij de Gezondheidsraad, was de secretaris weinig betrokken bij het werk van de Raad. Hij hoefde als enige niet te voldoen aan de verhuisplicht naar Den Haag en bleef wonen 'in een riante villa' in Doorn. Omdat hij nauwelijks aanwezig was op vergaderingen, maakte de voorzitter 'aantekeningen, die hij zelfs soms uittipte op een ouderwetse schrijfmachine. Hij besprak die met de secretaris wanneer deze met vrij lange tussenpozen Den Haag bezocht. De heer Van Asch van Wijck nam een en ander mee naar Doorn en stelde daaruit dan een verslag samen', aldus De Lamaar. Zij herinnerde zich verder dat de secretaris 'een keer in april verscheen, het personeel bij zich ontbood, hen op vaderlijke wijze toesprak, hen bedankte voor hun medewerking en tevens voor de gezonden Nieuwjaarswensen'. *Archief GR*, zonder nr., 'Herinneringen aan de Gezondheidsraad, vernomen uit de mond van mej. C. de Lamaar, opgeschreven en aangevuld door Dr. F.N. Sickenga'.
24. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1933', *VMVGZ* 1934, 272.
25. Door de bezuinigingen op het secretariaat liep in de loop van het interbellum het aantal per jaar door de Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen terug. Zie bijlage III.
26. Pijnappel, Weijerman, De Man en Den Houter, allen 'werkloos', bleven ook na opheffing van de Centrale Gezondheidsraad recht houden op een salaris van f 6000 per jaar. Deze bedragen werden op de begroting van de Gezondheidsraad opgevoerd. Pas in 1931, toen Weijerman als laatste overleed, kwam aan deze 'erfenis' van de Centrale Gezondheidsraad een eind.
27. Kossmann, *De Lage Landen 1780-1940*, 512.
28. Daardoor viel de begroting terug tot ruim f 120.000. *H.S.G.* 1922-1923, II, bijlage A.XA.1, 3.
29. *H.S.G.* 1922-1923, II, bijlage A.XA.6, 5.
30. *H.S.G.* 1922-1923, II, 555.
31. De regering stelde voor de Gezondheidsraad in 1924 nog f 75.725 beschikbaar. *H.S.G.* 1923-1924, II, bijlage A.X.13, 53. Door deze bezuinigingsoperatie moest de Raad drie commiezen ontslaan.
32. *H.S.G.* 1923-1924, II, bijlage A.X.10, 22 en A.X.11, 40.
33. Ditmaal moest de Raad ruim tien procent inleveren, waardoor de begroting daalde tot f 67.977. *H.S.G.* 1924-1925, II, bijlage A.X.8, 27.
34. In de uit 22 personen bestaande commissie hadden enkele leden van de Gezondheidsraad zitting. Het vice-voorzitterschap was in handen van Jitta.
35. *Rapport van de Commissie voor vereenvoudiging*, 11-12.
36. Kossmann, *De Lage Landen 1780-1940*, 514.
37. In 1930 bedroeg de begroting f 86.687. *H.S.G.* 1929-1930, II, bijlage A.X.11, 35-36.

38. De begroting van de Gezondheidsraad kromp in 1934 van f 64.841 in tot f 33.205. Ook andere instellingen op het gebied van de volksgezondheid moesten inleveren. Het Centraal Laboratorium moest ruim f 100.000, ofwel veertig procent, bezuinigen. *H.S.G. 1933-1934*, II, bijlage A.XA.9, 4.
39. *Archief GR (oud)*, nr. 1774, 'Brief N.M. Josephus Jitta aan J.R. Slotemaker de Bruïne, 31-7-1933'.
40. Tot 1936 was de jurist L. Lietaert Peerbolte directeur-generaal van de Volksgezondheid. Ook zijn opvolger, de econoom C. van den Berg, was van niet-medische huize.
41. *Archief GR (oud)*, nr. 685, 'Brief N.M. Josephus Jitta aan J.R. Slotemaker de Bruïne, 8-2-1935'.
42. *Archief GR (oud)*, nr. 679, 'Brief M. Slingenberg aan N.M. Josephus Jitta, 18-12-1935'.
43. Opnieuw moest de Gezondheidsraad, vergeleken met andere instellingen op het terrein van de volksgezondheid, procentueel het meest inleveren. *H.S.G. 1936-1937*, II, bijlage A.XII.10, 4.
44. De kandidatuur van Barge, die ook op medisch-historisch terrein buitengewoon actief was, werd gesteund door geneeskundig hoofdinspecteur Banning. *Archief DGVGZ*, code 1.772.413.1, 'Brief C. van den Berg aan J. van den Tempel, 7-9-1939'.
45. *Archief ministerie van Financiën*, dossier 296, map 45, hoofdstuk XI, 'Brief J. van den Tempel aan D.J. de Geer, 26-1-1940' en 'Brief D.J. de Geer aan J. van den Tempel, 14-2-1940'.
46. K.B. van 29 april 1940 (*Stb.* 21).
47. Zie voor een overzicht van de organisatie en het functioneren van de inspectie in het interbellum: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 174-177 en 179-181; Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 161-192.
48. Wet van 14 December 1933 (*Stb.* 687). Zie voor een beschrijving van de discussie over de opheffing van de gezondheidscommissies: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 170-174.
49. *H.S.G. 1920-1921*, II, bijlage 319.1-319.3.
50. *H.S.G. 1933-1934*, II, bijlage 13.1.
51. In 1910 was drie procent van de bevolking lid van een kruisvereniging. Dertig jaar later lag het percentage rond de 36.
52. Zie bijvoorbeeld: Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland*, 132-134; Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 30-35.
53. *Mededeelingen* 1921, 95-104.
54. *Mededeelingen* 1921, 273.
55. *Archief GR (oud)*, nr. 727, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 1-6-1921'.
56. *Mededeelingen* 1921, 272-282.
57. *H.S.G. 1923-1924*, II, bijlage 297.1-297.3.
58. Sleeswijk, 'Van het Vaccinatie-congres', 144-145.
59. *H.S.G. 1923-1924*, II, bijlage 297.4. Een van de Kamerleden pleitte ervoor om bij een epidemie de ongevaccineerden te brandmerken.
60. *H.S.G. 1924-1925*, II, bijlage 63.1-63.2.
61. *H.S.G. 1926-1927*, II, bijlage 26.1.
62. *H.S.G. 1926-1927*, II, 1923-1946.
63. *H.S.G. 1926-1927*, II, 2154-2158; *Ibidem*, bijlage 26.9.
64. Van Bouwdijk Bastiaanse, 'Een geval van encephalitis door het pokkenvirus?'
65. *Algemeen samenvattend rapport van de encephalitis commissie*, 11-14.
66. *Mededeelingen* 1925, 219-221.
67. *Mededeelingen* 1926, 5-8.
68. *Mededeelingen* 1926, 8-9.
69. *Mededeelingen* 1926, 161-165.
70. Deze entstof werd verkregen uit hersenen van konijnen.
71. Aldershoff, 'Bacteriën-vrije entstof tegen pokken'.
72. Ditmaal bestond de commissie uit voorzitter Jitta (Eijkman was ziek), Lietaert Peerbolte, Van Asch van Wijck, Terburgh, Aldershoff, Van Loghem, Bijl, Van Bouwdijk Bastiaanse, de bacteriologen A.B.F.A. Pondman en A.J. Vitringa, en de medisch directeur van het Wilhelmina Ziekenhuis te Amsterdam J. Kuiper.
73. Aldershoff erkende dat het neurovaccin onvoldoende bestudeerd was, maar volgens hem ontbrak de tijd om de stof aan een nauwkeurig wetenschappelijk onderzoek te onderwerpen.

74. *Archief GR (oud)*, nr. 751, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 27-7-1927'.
75. *H.S.G. 1926-1927*, II, aanhangsel, 194.
76. *H.S.G. 1927-1928*, II, aanhangsel, 23 en 27.
77. Bijl sputterde tegen uit angst dat de Gezondheidsraad adviezen met een moralistische strekking zou uitbrengen. Ook hij ging echter overstag en verwierp de inentingsdwang op morele gronden.
78. Op aandrang van Jitta had er geen stemming plaatsgevonden. Lietaert Peerbolte vond dat de Raad met deze actie zijn prestige ondermijnde. *Archief GR (oud)*, nr. 752, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 26-9-1927'.
79. *Mededeelingen 1927*, 248-249.
80. *Archief GR (oud)*, nr. 752, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 11-10-1927'.
81. *H.S.G. 1927-1928*, II, aanhangsel, 23 en 27.
82. De romps van de Encefalitiscommissie werd gevormd door de leden van de Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten. Naast Jitta zaten in de commissie de Leidse hoogleraar in de kindergeneeskunde E. Gorter, de Utrechtse hoogleraar in de psychiatrie en neurologie L. Bouman, de conservator van de Psychiatrisch-neurologische kliniek te Utrecht S.Th. Bok, en het hoofd van de Veterinaire Afdeling van het Centraal Laboratorium H.S. Frenkel. De minister was bij het overleg over de samenstelling van de commissie betrokken. *Archief GR (oud)*, nr. 750, 'Notulen vergadering Encephalitiscommissie, 13-2-1928'.
83. *H.S.G. 1927-1928*, II, bijlage 208.13.
84. Zo had de Encefalitiscommissie in 1931 f 29.000 tot haar beschikking. Dit was een groot bedrag, vooral als men bedenkt dat de Gezondheidsraad in datzelfde jaar maar ruim f 83.000 te besteden had. *H.S.G. 1930-1931*, II, bijlage A.X.1, 6.
85. *H.S.G. 1927-1928*, II, bijlage 208.1-208.3 en 208.5.
86. *H.S.G. 1927-1928*, II, 1282.
87. *H.S.G. 1927-1928*, II, 1309.
88. *H.S.G. 1927-1928*, I, 248.
89. *H.S.G. 1927-1928*, II, bijlage 10.1-10.2.
90. De bepaling hield in dat door het indienen van een verklaring bij de burgemeester en het afleggen van een eed op het gemeentehuis vrijstelling van vaccinatie kon worden verkregen. *H.S.G. 1927-1928*, II, bijlage 10.6.
91. *H.S.G. 1927-1928*, II, 2295.
92. *H.S.G. 1927-1928*, I, 1094.
93. *Archief GR (oud)*, nr. 750, 'Notulen vergadering Encephalitiscommissie, 5-7-1928'.
94. *H.S.G. 1928-1929*, II, 611-618.
95. Zie bijvoorbeeld: Kramer, 'Brief over de "alastrim" te Rotterdam'; *Ibidem*, 'Tweede brief over de Rotterdamsche epidemie'; Heijermans, *De pokziekte Alastrim*.
96. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1929', *VMVGZ 1930*, 502-505.
97. 'Rapport van de commissie, uitgenoodigd door den voorzitter van den Gezondheidsraad'. Het advies van de commissie werd opgenomen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Niet alle deskundigen onderschreven de conclusie van de commissie dat er van een pokkenepidemie sprake was. Zie bijvoorbeeld: Hulshoff Pol, 'Alastrim in Nederland'.
98. Uiteindelijk kregen 449 personen de pokken, waarvan 39 met dodelijke afloop.
99. *H.S.G. 1929-1930*, II, bijlage A.X.7, 8 en A.X.9, 23.
100. *H.S.G. 1929-1930*, II, 799.
101. 'Beknopt rapport der studiec ommissie uit den Gezondheidsraad inzake het vraagstuk van de vaccinatie en daarmee samenhangende onderwerpen'.
102. *H.S.G. 1929-1930*, II, bijlage 163.1-163.3.
103. 'Inenting tegen pokken in het eerste levensjaar'.
104. Schuurmans Stekhoven, 'De nieuwe officiële vaccinatievoorschriften', 464-466. Merkwaardig was dat de Utrechtse artsen in één week tijd twee circulaire ontvingen. Behalve de circulaire van Terburgh was dat het advies van de directeur van de plaatselijke GGD, A. Schuckink Kool, om in het tweede levensjaar in te enten.
105. 'Advies van de studiec ommissie uit den Gezondheidsraad', 1784-1792.

106. H.S.G. 1930-1931, II, 1186-1190.
107. In de jaren dertig namen de SDAP-fracties in de Eerste en Tweede Kamer een verschillend standpunt in over de verlenging van de opschorting van de vaccinatiebepalingen.
108. H.S.G. 1930-1931, I, 129-137.
109. *Algemeen samenvattend rapport van de encephalitis commissie.*
110. Aldershoff bleef voorstander van de zogenoemde vaccinetheorie. Hij was ervan overtuigd dat encefalitis werd veroorzaakt door een verontreiniging van de inentingsstof.
111. Op invoering van de verplichting tot vaccinatie op jeugdige leeftijd moesten volgens Terburgh wel uitzonderingen worden gemaakt: namelijk voor gezondheids- en gemoedsbezwaren en voor bezwaren van ouders die hun kinderen niet aan het geringe risico op encefalitis bloot wilden stellen.
112. 'Tijdelijke bepalingen betreffende de vaccinatie', 1120-1131.
113. *Archief GR (oud)*, nr. 751, 'Notulen vergadering Encephalitiscommissie, 9-6-1932'.
114. H.S.G. 1932-1933, II, bijlage 156.1-156.3.
115. H.S.G. 1932-1933, II, 934-939.
116. H.S.G. 1932-1933, I, 135-136. De stemverhouding was 22 tegen 12. De debatten in de Eerste Kamer over de opschorting van de vaccinatiebepalingen vonden vrijwel altijd plaats tussen kerstmis en de jaarwisseling. Als de Eerste Kamer de verlenging van de Wet van 11 Februari 1928 had verworpen, dan was een hachelijke situatie ontstaan. Met ingang van het nieuwe jaar moesten dan immers de ongevaccineerde kinderen van de scholen worden verwijderd. Ook in het interbellum werkte de Eerste Kamer blijkbaar al onder grote tijdsdruk.
117. Het woord 'propaganda' had toentertijd een gunstige klank. Tegenwoordig spreekt men van GVO: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
118. 'Geldigheidsduur der tijdelijke bepalingen betreffende de vaccinatie'.
119. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1935', *VMVGZ* 1936, 408-414.
120. *Archief GR (oud)*, nr. 1803, 'Advies Gezondheidsraad, 20-4-1936'.
121. *Archief GR (oud)*, nr. 772, 'Notulen vergadering Encephalitiscommissie, 28-9-1936'.
122. 'Beknopt verslag van den werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1936', *VMVGZ* 1937, 337-344. Vooral artsen waren moeilijk te winnen voor de propaganda-activiteiten. Zij waren bang voor een encefalitisgeval in hun praktijk, waardoor hun concurrentiepositie ten opzichte van andere artsen slechter zou worden.
123. H.S.G. 1936-1937, I, 94.
124. H.S.G. 1936-1937, II, bijlage 254.1-254.3.
125. H.S.G. 1936-1937, II, 1128-1133.
126. Zie bijvoorbeeld: Schuurmans Stekhoven, 'Over vaccinatie-risico's en vaccinatie-dwang'.
127. Schuurmans Stekhoven, 'Kabinetsformatie en vaccinatiewetgeving', 560-561.
128. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1937', *VMVGZ* 1938, 845-856.
129. H.S.G. 1937-1938, II, bijlage 306.1-306.3 en 306.5. Het Tweede-Kamerlid I.H.J. Vos (ARP), van beroep arts, was een van de weinige parlementariërs die het streven van de minister om eenstemmigheid te bereiken verspilde moeite vond. Volgens hem kwamen deskundigen moeilijk tot overeenstemming. Dit zou in versterkte mate voor medici gelden. H.S.G. 1937-1938, II, 780.
130. *Verslag van de Staatscommissie inzake de vaccinatie*, 5-6. Een van de leden van de staatscommissie, de oud-directeur van de GG&GD te Amsterdam L. Heijermans, overleed in juli 1938.
131. *Verslag van de Staatscommissie inzake de vaccinatie*, 200-202
132. *Archief GR (oud)*, nr. 1306, 'Notulen vergadering Staatscommissie inzake de vaccinatie, 20-10-1938'.
133. *Archief GR (oud)*, nr. 1304, 'Nota Van den Berg, 1-11-1938'.
134. *Archief GR (oud)*, nr. 1305, 'Notulen vergadering Staatscommissie inzake de vaccinatie, 8-11-1938'.
135. H.S.G. 1938-1939, II, bijlage 431.2-431.3.
136. *Archief GR (oud)*, nr. 1306, 'Notulen vergadering Staatscommissie inzake de vaccinatie, 31-1-1939'.
137. *Archief GR (oud)*, nr. 1304, 'Brief N.M. Josephus Jitta aan C. van den Berg, 25-11-1938'.
138. H.S.G. 1938-1939, II, bijlage 431.1-431.3.
139. H.S.G. 1939-1940, II, bijlage 75.1-75.2.
140. H.S.G. 1939-1940, II, 258.
141. H.S.G. 1939-1940, II, 263; *Ibidem*, I, 101.

142. 'Verslag over het jaar 1940 van den Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *VMVGZ* 1942, 247-250.
143. Zie bijvoorbeeld: Goudsmit en Van der Loo, 'Bijdrage tot de kennis van de tuberculeuse besmetting in de school'; Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 198.
144. 'Verslag 1922', *VMVGZ* 1923, 462-463.
145. 'Verslag 1922', *VMVGZ* 1923, 445-446; 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1925', *VMVGZ* 1926, 458-460.
146. *H.S.G.* 1933-1934, II, bijlage 349.1-349.3; Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 198-199.
147. *H.S.G.* 1937-1938, II, bijlage A.XI.6, 28.
148. Van Leeuwen, 'De bestrijding der geslachtsziekten', 203.
149. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 490-491.
150. Kennelijk had de minister gehoopt op bevestiging van zijn eigen afwijzend oordeel.
151. *H.S.G.* 1921-1922, II, bijlage A.VIII.11, 23.
152. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 491-492.
153. *H.S.G.* 1922-1923, II, bijlage A.VIII.9, 25.
154. Zie voor een overzicht van de difteriebestrijding: Maathuis, *De diphtherie in den loop der eeuwen*.
155. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 96. Zie voor een overzicht van de eerste resultaten van de inenting: Aldershoff, 'Actieve onvatbaarmaking tegen diphtherie'.
156. *Archief GR (oud)*, nr. 727, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 2-2-1929'.
157. *Archief GR (oud)*, nr. 727, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 29-5-1929'.
158. 'Verslag 1929', *VMVGZ* 1930, 506-509.
159. *Archief GR (oud)*, nr. 727, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwending en bestrijding van besmettelijke ziekten, 29-11-1930'.
160. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 40-48 en 85-90.
161. Zie voor de ontstaansgeschiedenis en het functioneren van het Rijks-Serologisch Instituut: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 90-106.
162. 'Verslag 1924', *VMVGZ* 1925, 280.
163. 'Verslag 1925', *VMVGZ* 1926, 474-477.
164. 'Verslag 1925', *VMVGZ* 1926, 450-451 en 478-482.
165. *H.S.G.* 1926-1927, II, bijlage 183. Volgens Terburgh was dit besluit in strijd met de Gezondheidswet. In zijn ogen behoorde het Staatstoezicht deze taak uit te oefenen.
166. De taken van de commissie van de Gezondheidsraad werden in 1934 vastgelegd in het Sera- en Vaccinsbesluit (*Stb.* 104).
167. *H.S.G.* 1930-1931, II, 756.
168. Deze functionaris stond niet op de loonlijst van de Gezondheidsraad, maar was formeel wel onderworpen aan het toezicht van genoemde commissie.
169. Zie ook voor een beschrijving van de positie van de Rijkscontroleerend seroloog: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 99-101 en 153.
170. Zie voor een historisch overzicht van de kropbestrijding tot 1924: Jansen, 'Over het verband tusschen krop en jodiumarmoede van de voeding'.
171. *Mededeelingen* 1926, 108-113.
172. *Het kropvraagstuk in Nederland*, 252-260.
173. 'Verslag 1933', *VMVGZ* 1934, 284.
174. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1938', *VMVGZ* 1939, 466. In 1938 gebruikten reeds 238.000 personen gejodeerd drinkwater.
175. 'Verslag 1933', *VMVGZ* 1934, 305.
176. *Artsenboekje* 1934, 153; Klinkert, *Verloskundigen en artsen*, 70-72. Klinkert heeft berekend dat het aantal geboorten per vroedvrouw afnam van 120 in 1920 tot 79 in 1940.
177. Het plan om de zuigelingenverzorging ook aan vroedvrouwen toe te vertrouwen bracht vele pennen in beweging. Zie voor een overzicht: Meurer, 'Vroedvrouw en zuigelingenverzorging'.
178. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 501-503.
179. 'Verslag 1924', *VMVGZ* 1925, 273-274; *H.S.G.* 1923-1924, II, bijlage 342.1-342.3.

180. *Mededeelingen* 1931, 3-7.
181. 'Verslag 1933', *VMVGZ* 1934, 395-409. De handleiding was tegen 25 cent verkrijgbaar bij de Rijksuitgeverij.
182. Zie voor de resultaten van de enquête: Meurer Jr., 'De positie van de vroedvrouw'. Na de Tweede Wereldoorlog bleef de verhouding tussen artsen en vroedvrouwen gespannen. Zie bijvoorbeeld: *Verloskundige organisatie in Nederland*.
183. Zie voor een overzicht: Terlouw, *De opkomst van het heilgymnastisch beroep in Nederland in de 19de eeuw*.
184. De naam van de organisatie was inmiddels gewijzigd in Nederlandsch Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage.
185. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1931', *VMVGZ* 1932, 1-13.
186. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1934', *VMVGZ* 1935, 268.
187. Zie voor een overzicht van de positie van de opticiëns: Weve, 'Het opticiënswetje'.
188. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1932', *VMVGZ* 1933, 264.
189. 'Verslag 1934', *VMVGZ* 1935, 259-260.
190. Een letterproef is een test om de gezichtsscherpte te bepalen.
191. 'Verslag 1937', *VMVGZ* 1938, 623-625.
192. *H.S.G.* 1937-1938, II, bijlage 413.1-413.3.
193. *Mededeelingen* 1922, 99-108.
194. 'Verslag 1922', *VMVGZ* 1923, 452-456.
195. *Mededeelingen* 1923, 113-135.
196. De in dit verband gebruikte term 'hygiënist' (sociaal geneeskundige) moet niet worden verward met de benaming van de groep geneeskundigen uit de negentiende eeuw.
197. Van Loghem, 'Opleiding van hygiënisten'. Zie ook: Aldershoff, 'Opleiding voor maatschappelijk-geneeskundige'.
198. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 471-472. Ook een commissie uit de NMG liet zich positief uit over een opleiding voor geneeskundige ambtenaren. *NTvG* 65 (1921) I, 1374-1398.
199. 'Verslag 1925', *VMVGZ* 1926, 435-436.
200. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1926', *VMVGZ* 1927, 669-671.
201. 'De eerste Nederlandsche gediplomeerde Artsen-hygiënisten', 104.
202. Van Loghem, 'De Amsterdamsche leergangen tot opleiding van hygiënisten', 469.
203. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1927', *VMVGZ* 1928, 541.
204. Van Loghem, 'Louis Heijermans', 3723. Dit hield verband met de afnemende vraag naar gezondheidsambtenaren. Het wetsontwerp dat de instelling van gezondheidsdiensten regelde werd immers in 1933 ingetrokken (zie ook paragraaf 4.1.8).
205. *Mededeelingen* 1922, 2-6.
206. *Mededeelingen* 1931, 58-69.
207. *Mededeelingen* 1921, 7-8.
208. *H.S.G.* 1923-1924, II, 1854-1860 en 1872.
209. Noordman, *Om de kwaliteit van het nageslacht*, 96-99.
210. Van Duinen, 'Het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk'.
211. *Mededeelingen* 1929, 3-8; *Archief GR (oud)*, nr. 731, 'Notulen vergadering Commissie voor zaken van algemeene en sociale hygiëne, 8-2-1929'.
212. Noordman, *Om de kwaliteit van het nageslacht*, 108. In 1953 keerde het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk terug op de politieke agenda. Dit naar aanleiding van discussiepunten voor een nieuw Burgerlijk Wetboek, opgesteld door minister van Justitie L.A. Donker. Een grote meerderheid van de Tweede kamer wees een wettelijke verplichting voor bedoeld geneeskundig onderzoek van de hand. Wel vond de Kamer dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid maatregelen moest treffen waardoor het onderzoek op vrijwillige basis meer ingang kon vinden. De bewindsman vroeg advies aan de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid, de voorloper van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het door haar in 1955 uitgebrachte rapport bevatte aanbevelingen voor inhoud, tijdstip, plaats, organisatie en financiering van het onderzoek. Ook gaf de Commissie aan wie het onderzoek moest uitvoeren. Ondanks het feit dat politici en artsen enige jaren eerder vurig hadden gepleit voor bevordering of zelfs verplichtstelling van het geneeskundig onderzoek, leidde dit advies niet tot nieuwe beraadslagingen. Zie voor de correspondentie over dit onderwerp in de jaren 1953-

- 1955: *Archief GR (oud)*, nr. 417. Zie ook voor het advies van de Centrale Commissie: *NTvG* 101 (1957) I, 678-684.
213. Zie voor de geschiedenis van deze Bond en van zijn opvolger de Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming: Nabrink, *Seksuele hervorming in Nederland*.
 214. K.B. van 30 januari 1895 (*Stb.* 24).
 215. *H.S.G.* 1923-1924, II, bijlage A.IV.5, 15-16.
 216. *Mededeelingen* 1924, 4-9; *Archief GR (oud)*, nr. 822, 'Notulen vergadering Commissie voor zaken van algemeene en sociale hygiëne, 8-3-1924'.
 217. *H.S.G.* 1926-1927, II, 2191-2201. Pas in 1958 werd de Bond, inmiddels omgedoopt in Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming, als rechtspersoon erkend. Dit besluit kwam na een lange discussie tot stand. Nabrink, *Seksuele hervorming in Nederland*, 339-346.
 218. 'Verslag 1934', *VMVGZ* 1935, 280.
 219. 'Verslag 1935', *VMVGZ* 1936, 420-421.
 220. 'Verslag 1936', *VMVGZ* 1937, 349-352.
 221. 'Verslag 1936', *VMVGZ* 1937, 352-353.
 222. *H.S.G.* 1934-1935, II, 832 en 884.
 223. *H.S.G.* 1934-1935, II, 877-878.
 224. Zie bijvoorbeeld: Ten Bokkel Huinink, *Voeding van gezonde en zieke werklozen*.
 225. 'Verslag 1933', *VMVGZ* 1934, 284.
 226. 'Verslag 1934', *VMVGZ* 1935, 279-280.
 227. 'Verslag 1937', *VMVGZ* 1938, 627-629.
 228. *Voeding, gezondheid en financiële toestand van 700 werklozen gezinnen verspreid over geheel Nederland*, deel I, 151-153.
 229. Ook de inspectie werd door Querido van 'oppervlakkigheid' en 'luchthartigheid' beschuldigd bij het bespreken van de gevolgen van de economische crisis voor de volksgezondheid. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, 178-180.
 230. Ook deze commissie stond op het standpunt dat roken door personen ouder dan zestien jaar weinig of geen schadelijke gevolgen voor de gezondheid had: 'Tabak kan eerst zonder bezwaar gebruikt worden wanneer het lichaam in staat is behoorlijk weerstand te bieden aan de werking van de stoffen, die bij het rooken worden ontwikkeld en door de organen opgenomen en eerst na de ontwikkelingsjaren. Vóór ongeveer den 16-jarigen leeftijd is dit niet het geval en daarom dient men zich vóór dien leeftijd van rooken te onthouden', aldus de commissie. *Mededeelingen* 1922, 211-218.
 231. *H.S.G.* 1923-1924, II, bijlage A.X.11, 40.
 232. In 1924 werd longkanker voor het eerst, met 81 sterfgevallen, in de Nederlandse sterftestatistiek opgenomen.
 233. *H.S.G.* 1938-1939, II, bijlage A.XI.6, 29.
 234. 'Verslag 1922', *VMVGZ* 1923, 435.
 235. 'Verslag 1924', *VMVGZ* 1925, 289.
 236. 'Verslag 1932', *VMVGZ* 1933, 289-291.
 237. 'Verslag 1933', *VMVGZ* 1934, 306.
 238. 'Verslag 1934', *VMVGZ* 1935, 280-281.
 239. 'Verslag 1936', *VMVGZ* 1937, 362-363.
 240. 'Verslag 1938', *VMVGZ* 1939, 475-477.
 241. 'Verslag 1938', *VMVGZ* 1939, 483-484.
 242. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1939', *VMVGZ* 1940, 435.
 243. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1940', *VMVGZ* 1941, 1152-1153. Een jaar eerder was een onderzoekscommissie van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid tot dezelfde conclusie gekomen. Reith en Van Esveld, 'De toelaatbare hoeveelheid lood in drinkwater'.
 244. 'Rapport der Commissie tot het onderzoeken van den omvang en de oorzaken van de verontreiniging van de Vecht'.
 245. *H.S.G.* 1924-1925, II, aanhangsel, 121.
 246. Zie voor een overzicht van de ontwikkeling van de röntgenologie in Nederland tot 1922: Van Wylick, *Röntgen en Nederland*.

247. 'Verslag 1924', *VMVGZ* 1925, 277. Het radioactieve radium was voor het eerst in 1898 door het echtpaar Curie-Sklodowska bereid.
248. 'De gevaren, verbonden aan het gebruik van röntgen- en daarmee gelijk te stellen stralen'.
249. 'Verslag 1926', *VMVGZ* 1927, 621-623.
250. *Mededeelingen* 1928, 35-41.
251. 'Verslag 1927', *VMVGZ* 1928, 703.
252. *H.S.G.* 1930-1931, II, bijlage 202.1-202.3.
253. 'Verslag 1932', *VMVGZ* 1933, 256.
254. 'Verslag 1934', *VMVGZ* 1935, 263-264.
255. *H.S.G.* 1938-1939, II, bijlage A.XI.2, 9.
256. De Opperste Gezondheidsraad werd opgevolgd door de Egyptische Gezondheidsraad. Een van de belangrijkste taken van deze Raad was het aan een streng gezondheidsonderzoek onderwerpen van de opvarenden van schepen die het Suezkanaal passeerden. Dit om Europa te beveiligen tegen besmettelijke ziekten.
257. De overige pelgrims die Kamaran aandeden kwamen uit Brits-Indië. Pelgrims uit Turkije, Perzië, Afghanistan, Egypte, Soedan etc. waren aangewezen op het ten noorden van Mekka gelegen station El Tor. Het beheer van dit station was in handen van de Egyptische Gezondheidsraad.
258. 'Verslag 1926', *VMVGZ* 1927, 635-636.
259. 'Verslag 1927', *VMVGZ* 1928, 651-655.
260. Jitta, 'Internationaal werk op het gebied der hygiëne', 1236-1241.
261. *Mededeelingen* 1921, 169-170.
262. 'Verslag 1924', *VMVGZ* 1925, 272.
263. Het Comité d'Hygiëne kwam één à twee keer per jaar bijeen. In de jaarverslagen van de Gezondheidsraad en ook in het *NTvG* verschenen van de hand van Jitta geregeld uitgebreide verslagen van de vergaderingen van het OIHP en het Comité.
264. 'Jaarverslag 1921', *VMVGZ* 1922, 518.
265. *Mededeelingen* 1927, 112.
266. 'Verslag 1923', *VMVGZ* 1924, 639. Deze overlapping van werkterreinen van Jitta kwam vaker voor. Voorstellen van het OIHP en het Comité werden door de minister voorgelegd aan de Gezondheidsraad, waarna Jitta, die zich over vrijwel alle internationale zaken ontfermde, zich in een persoonlijk advies positief uitliet over de voorstellen.
267. Jitta, 'Internationaal werk op het gebied der hygiëne', 1241-1250. Op de Internationale Sanitaire Conventie van Parijs in 1926 waren afspraken gemaakt over de bestrijding van pokken en vlektyfus. De Conventie van 1912 handelde alleen over pest, cholera en gele koorts. Jitta had als gedelegeerde van de Nederlandse regering de zes weken durende besprekingen in Parijs bijgewoond.
268. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad in 1930', *VMVGZ* 1931, 63. De internationale politieke krachtsverhoudingen speelden al vanaf 1921 een rol in het Comité. In de loop van het interbellum werd de invloed van de politiek nog groter.
269. 'Verslag 1935', *VMVGZ* 1936, 392.
270. 'Verslag 1937', *VMVGZ* 1938, 592-593. In 1937 werd het aantal leden van het Comité d'Hygiëne teruggebracht tot twaalf. Voor een nieuwe ambtstermijn werden naast Jitta benoemd: dr. Th. Madsen (Denemarken, vanaf de oprichting tot 1937 voorzitter); prof. dr. J. Parisot (Frankrijk, vanaf 1937 voorzitter); dr. A. Sordelli (Argentinië); dr. M.T. Morgan (Engeland); kolonel A.J.H. Rusell (Brits-Indië); prof. dr. G. Bastianelli (Italië); prof. dr. A. Durig (Oostenrijk); dr. G. Szulo (Polen); prof. dr. H. Kural (Turkije); prof. dr. W. Bronner (Sovjetunie); en dr. H.C. Cumming (Verenigde Staten).

HOOFDSTUK 5

1. Zie voor een verkorte versie van dit hoofdstuk: Rigter, 'De Gezondheids- en Voedingsraad in oorlogstijd'.
2. Zie voor een uitvoerige beschrijving van de inrichting van het Duitse bestuur in Nederland en de positie van de secretarissen-generaal: De Jong, *Het Koninkrijk der Nederlanden in de Tweede Wereldoorlog*, deel 4, eerste helft, 49-172.

3. Daarbij werd bedoeld op huwelijken tussen ariërs en joden of Indiërs. *Volksgezondheid* 1 (1941) nr. 1, 3.
4. In 't Veld, *De zuivering van artsen en advocaten*, 20.
5. Andere organisaties werden met soortgelijke maatregelen geconfronteerd. Zo kreeg de NSB'er H.J. Woudenberg in juli 1940 de leiding van het NVV in handen.
6. Daarnaast werd de Nederlandsche Vereeniging van Ziekenfondsartsen in het leven geroepen.
7. Aan de wieg van Medisch Contact stonden de artsen J.Ch.Ph. Eeftinck Schattenkerk, J. Roorda en J.J. Brutel de la Rivière. Zie voor een beschrijving van de ontstaansgeschiedenis en de activiteiten van Medisch Contact: De Vries, 1941 M.C. 1945. *Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland*.
8. De Vries, 1941 M.C. 1945, 8-22 en 43-57. Hoofdinspecteur Banning en zeven van de acht geneeskundig inspecteurs namen ook aan de 'bordjes-actie' deel. De suggestie van Reuter om hen te ontslaan werd door Wimmer van de hand gewezen. *Archief Rijksinstituut voor Oorlogsdocumentatie (RIOD)*, nr. VJ 55623/4.
9. Door het Ziekenfondsenbesluit waren werknemers tot een bepaalde loongrens verplicht verzekerd tegen ziektekosten. Over de invoering van deze maatregel was jarenlang gediscussieerd. Zie voor een beschrijving van de totstandkoming van het Ziekenfondsenbesluit en de redenen voor het ontslag van Van den Berg: Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*.
10. *Volksgezondheid* 4 (1944), nr. 33; *Archief RIOD*, nr. KA-I, map 2793.
11. Zijn voorgangers Lietaert Peerbolte en Van den Berg waren respectievelijk jurist en econoom. Op de benoeming van een arts tot directeur-generaal was door het Medisch Front sterk aangedrongen. Ten onrechte wordt in veel publikaties P. Muntendam genoemd als de eerste arts die het tot directeur-generaal bracht.
12. *Archief RIOD*, nr. KA-I, map 2793.
13. In de zomer van 1942 was reeds bekend dat Bruyning aan een ongeneeslijke ziekte leed. *Volksgezondheid* 4 (1944), nr. 33, 8; Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 73.
14. Zie voor biografische informatie over Kersbergen: Lindeboom, *Dutch medical biography*, 1032-1033; De Wilde, 'Veertigjarig artsjubileum Dr. Leendert Cornelis Kersbergen'; *Archief DGVGZ*, code 1.772.413.1, 'Curriculum Vitae Dr. L.C. Kersbergen'.
15. Kersbergen beschreef de geschiedenis van dit beroemde ziekenhuis in 1931: *Geschiedenis van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem*.
16. In de periode 1924-1926 was Kersbergen als vertegenwoordiger van het hoofdbestuur van de NMG lid van de Gezondheidsraad.
17. *Archief GR (oud)*, nr. 1180, 'Brief J. van Dam aan R.A. Verwey, 2-9-1942'.
18. *Archief GR (oud)*, nr. 1180, 'Brief L.C. Kersbergen aan E. Gorter, 19-10-1942'.
19. *Archief GR (oud)*, nr. 1180, 'Brief E. Gorter aan L.C. Kersbergen, 24-10-1942'. Ook andere joodse leden werden op gezag van de Duitsers van de ledenlijst afgevoerd. Dit gold onder meer voor H.S. Frenkel en L. van Itallie.
20. Het betrof H. van der Upwich, M. Westerterp en E.G. van 't Hoog. *Archief GR (oud)*, nr. 1180, 'Brief F.O. Bruyning aan L.C. Kersbergen, 23-9-1942'.
21. Uiteindelijk zou alleen Van der Upwich het verzoek van Kersbergen honoreren. Hij nam zitting in de Commissie inzake het reumatiekvraagstuk.
22. *Archief GR (oud)*, nr. 1180, 'Brief L.C. Kersbergen aan F.O. Bruyning, 1-12-1942'.
23. Ook Bruyning werd door Reuter voor het presidentschap getipt. *Archief RIOD*, nr. VJ 55643. Overigens zou Croin aanblijven als president van de Artsenkamer.
24. Mondelinge mededeling dr. M. van Eekelen.
25. Wel kreeg de Gezondheidsraad nieuwe huisgenoten, namelijk de medewerkers van het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad. Groot tumult ontstond toen één van hen, een lid van de NSB, zelfmoord pleegde door van het dak van het pand van de Gezondheidsraad te springen. *Archief GR*, zonder nr., 'C. den Hartog, Van huisarts tot voedingsman'.
26. Scholtens, 'De secretarissen-generaal', 410-411.
27. Verweij, die optrad als waarnemend secretaris-generaal, werd na de oorlog ontslagen en vier maanden opgesloten in een interneringskamp. Uiteindelijk ontving hij 'slechts' zeven procent van het pensioen waarop hij normaliter recht had gehad. Van der Hoeven, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting*, 26-27 en 143.
28. 'Jaarverslag van de Gezondheidsraad over de jaren 1944-1945', *VMVGZ* 1947, 329.

29. Volgens Keyer was alleen de Commissie inzake de Voeding 'nog behoorlijk in werking, maar meer op aandrang van Overheidsinstanties dan op eigen initiatief'. *Volksgesondheid* 2 (1942), nr. 16, 21. Deze bewering was onjuist.
30. Van den Berg, 'Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid', 685.
31. Zo moesten de praktijken van de bijna duizend gemobiliseerde artsen worden waargenomen.
32. Huizinga, 'Geneesmiddelenverzorging', 187-188.
33. *Archief GR (oud)*, nr. 459, 'Brief N.M. Josephus Jitta aan J.W. Birza, 6-10-1939'.
34. Om de aanbevelingen kracht bij te zetten besloot de commissie het formularium door de Gezondheidsraad te laten uitgeven.
35. *Voorschriften voor geneesmiddelen*.
36. Zie voor een overzicht van de geneesmiddelenvoorziening in de Tweede Wereldoorlog: Bosman-Jelgersma, 'De Nederlandse farmacie tijdens de Tweede Wereldoorlog'.
37. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1943', *VMVGZ* 1944, 834.
38. Huizinga, 'Geneesmiddelenverzorging', 190-191.
39. *Archief GR (oud)*, nr. 1924, 'Notulen vergadering Commissie inzake afwendig en bestrijding van besmettelijke ziekten, 3-10-1939'.
40. Het vlugschrift was op verzoek van de Gezondheidsraad opgesteld door het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. *Archief GR (oud)*, nr. 1859, 'Vlugschrift van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde'.
41. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1133-1134.
42. Hemmes, 'Besmettelijke ziekten. Epidemiologie en praeventieve maatregelen', 113-116.
43. Zie voor een overzicht van de epidemiologie van besmettelijke ziekten in de oorlogsjaren: Hemmes, 'Besmettelijke ziekten'; Zoon, 'De huid- en geslachtsziekten in oorlogstijd'.
44. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1136. Vlak na de bezetting eisten de Duitsers dat de gehele bevolking van de drie zuidelijke provincies werd ingeënt. De Geneeskundige Inspectie maakte hier bezwaar tegen, omdat zij een flinke stijging van het aantal gevallen van encefalitis verwachtte. Uiteindelijk werd de maatregel ingetrokken, 'omdat het front al zo ver verwijderd was'. Van den Berg, 'Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid', 686.
45. Namelijk van 4,4 per 10.000 inwoners in 1940 tot 8,6 in 1945. Ook het aantal ziektegevallen nam sterk toe. Oorzaken waren de afname van de weerstand (veroorzaakt door een tekort aan vet in het voedsel, kleding en dekens) en het nauwer onderling contact (in bijvoorbeeld de overvolle treinen en de lange rijen voor de Centrale Keukens). Bovendien speelde het tekort aan verpleegruimte en verplegend personeel de tuberculosepatiënten parten. Zie voor een algemene beschrijving van de tuberculosebestrijding in de Tweede Wereldoorlog: Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 242-277.
46. De vergadering droeg een oriënterend karakter. De oorzaken van de stijging van de sterfte en de mogelijke maatregelen hiertegen werden besproken. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1942', *VMVGZ* 1943, 728-729.
47. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Brief C. Banning aan L.C. Kersbergen, 1-5-1942'. Dit vraagstuk was bij de inspectie aangekaart door H.R. Gerbrandy, hoofd van het districtsconsultatiebureau in Leeuwarden, die klachten had ontvangen van artsen over het toenemend aantal asociale tuberculoselijders. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen vergadering Commissie voor asociale tuberculoselijders, 14-5-1943'.
48. De grootste groep bestond uit personen die uit onverschilligheid iedere vorm van behandeling weigerden. Verder waren er geestelijk gestoorde en gemoedsbezwaarden die zich niet lieten opnemen. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Advies Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, 19-2-1943', 2-3.
49. Zie voor een overzicht van de in binnen- en buitenland gevoerde discussies over de asociale tuberculoselijders: Stoffelsma, *Asociale tuberculoselijders*. Dit uit 1947 daterende proefschrift beschrijft 93 asociale tuberculoselijders die stonden ingeschreven bij de consultatiebureaus in de drie Noordelijke provincies. Stoffelsma pleitte voor wettelijke maatregelen, waaronder verplichte isolatie in tuberculose-afdelingen van psychiatrische inrichtingen.
50. Dit waren oud-hoofdinspecteur Eijkel en de tuberculose-artsen L.J. Boelen, J.G.A. Honig en F. Tijdens.

51. Volgens Honig, oud-geneesheer-directeur van het sanatorium Emma Oord, zouden de asocialen 'wanneer zij weten, dat overheidsmaatregelen dreigen, vaak tot andere gedachten komen en doen zij dit niet dan zal het voor de volksgezondheid van groot belang zijn wanneer zij door die maatregelen (asyleering of anderzins) onschadelijk gemaakt kunnen worden'.
52. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Vier pre-adviezen'.
53. Behalve uit de vier pre-adviseurs bestond de commissie uit Kersbergen (voorzitter), Banning, Gerbrandy, P.J.L. de Bloeme, W. Bronkhorst, G.C.E. Burger en A. ten Bokkel Huinink.
54. Deze leden wezen op 'het succesvolle isolatiebeleid' in Duitsland. Het isoleren van asocialen was in Duitsland mogelijk sinds 1938. Ook in Scandinavië, Engeland, Zwitserland en grote delen van de Verenigde Staten bestond de gelegenheid asociale tuberculoselidjers in inrichtingen op te sluiten. Van dit recht werd overigens zelden gebruik gemaakt. Stoffelsma, *Asociale tuberculoselidjers*, 23-74.
55. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen vergadering Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, 11-6-1942'.
56. Het advies noemde schrijnende voorbeelden. Zo had een asociale tuberculoselijder acht van zijn elf kinderen besmet. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Advies Commissie inzake bestrijding van de tuberculose', 19-2-1943', 3.
57. Tijdens en Gerbrandy waren op deze vergadering afwezig.
58. Het beleid in Duitsland kwam opnieuw aan de orde. Daar genas, volgens zeggen, 72 procent van de asociale tuberculoselijders die een gedwongen kuur hadden ondergaan. Eijkel verwierp de in Duitsland gevolgde methode, omdat de verpleegsters met revolvers op zak liepen. De commissie onderschreef zijn bezwaar: 'Van zulk een regiem kan dus wel opvoedende kracht uitgaan, maar het is meer een politie dan een medisch toezicht dat daar heerscht', aldus het advies.
59. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen vergadering Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, 14-1-43'; *Ibidem*, 'Advies Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, 19-2-43'.
60. Burger vond de vergelijking van asociale tuberculoselijders met 'dieven en andere misdadigers', die in de commissie te beluisteren viel, misplaatst. *Archief GR*, nr. 1922, 'Over dwangmaatregelen te nemen tegen asociale tuberculose-patiënten door dr. G.C.E. Burger', 28-1-1943'.
61. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Brief F.O. Bruyning aan L.C. Kersbergen, 10-2-1943'.
62. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Advies Commissie inzake bestrijding van de tuberculose, 19-2-1943'. De reden van dit besluit is mij onbekend.
63. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Brief F.O. Bruyning aan L.C. Kersbergen, 5-3-1943'.
64. Daarin benoemde hij Banning, Boelen en Honig. Op verzoek van Banning werd ook M.R. Heynsius van den Berg, directeur van het Amsterdamse consultatiebureau en een deskundige op het terrein van de tuberculosebestrijding, in de subcommissie opgenomen. Hij was geen lid van de tuberculosecommissie.
65. Boelen, geneesheer-directeur van het consultatiebureau in Rotterdam, stelde voor de 'ergste groep onder te brengen in een psychiatrische inrichting' en 'voor de meer tamme (...), die de knoet moeten voelen, maar die toch wel vrijwillig zullen willen blijven', een inrichting met arbeidstherapie te creëren, waar men een zekere mate van vrijheid zou genieten.
66. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen vergadering Commissie voor asociale tuberculosepatiënten, 14-5-1943'.
67. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen Commissie voor asociale tuberculoselijders, 27-9-1943'.
68. In het volgende hoofdstuk wordt de taak van de Centrale Commissie besproken.
69. *Archief GR (oud)*, nr. 1922, 'Notulen vergadering Commissie inzake a-sociale tuberculoselijders, 18-9-1950'.
70. Na de Tweede Wereldoorlog sprak onder meer een subcommissie uit de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid zich uit voor maatregelen tegen de asocialen. Ook in de Tweede Kamer werd dit geluid gehoord. Praktische problemen, zoals juridische complicaties en de moeilijkheid een geschikte lokatie te vinden, noopten de autoriteiten keer op keer een besluit uit te stellen. Uiteindelijk verdween het vraagstuk aan het eind van de jaren vijftig van de politieke agenda, toen tuberculose sterk was teruggedrongen. In 1962 besteedde een rapport van een commissie uit de Gezondheidsraad, over de methodiek van de tuberculosebestrijding, kort aandacht aan de asociale tuberculoselijders. Deze commissie wees gedwongen isolatie van de hand. *Advies GR* 1962/10.
71. Het betrof een beoordeling van het rapport van de Nederlandsche Vereeniging tot Rheumatiekbestrijding over de organisatie van de reumatiekbestrijding. Zie voor een overzicht van de

- reumatiekbestrijding in Nederland: Verkaik, *Gewrichten en tijdsgewrichten. Ontwikkelingen in de Nederlandse reumabestrijding, 1905-1990*.
72. Nadeel van deze methode was dat niet met zekerheid kon worden gezegd dat de hele bevolking werd bereikt. *Archief GR (oud)*, nr. 2046, 'Notulen vergadering Kropcommissie, 13-6-1941'.
 73. Dit idee kwam van farmaceutisch hoofdinspecteur A.H. van de Velde. Op 23 maart 1942 verplichtte de secretaris-generaal van het departement van Landbouw en Visserij de bakkers in kroprijke gemeenten tot jodering van broodzout over te gaan. 'De kropbestrijding in Nederland in de jaren 1940-1947', 312-314.
 74. 'Jaarverslag 1944-1945', *VMVGZ* 1947, 330 en 337-338.
 75. De commissie, ook bekend onder de naam Commissie inzake den psychischen invloed der tegenwoordige tijdsomstandigheden, bestond uit Kersbergen (voorzitter), Banning en de psychiaters K.H. Bouman, E.A.D.E. Carp, L. van der Horst, J.M. Rombouts, H.C. Rümke, W.M. van der Scheer, J. van der Spek, F.J. Stuurman en A.J. Westerman Holstijn.
 76. De commissie vergaderde in de oorlogsjaren negen keer. Alleen de Commissie inzake de voeding kwam vaker bijeen.
 77. Het voorstel van Van der Scheer om de 'bandeloosheid' en 'stuurloosheid' van de jeugd met de bezetters te bespreken, wees de commissie van de hand. *Archief GR (oud)*, nr. 1680, 'Notulen vergadering Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 13-7-1940'.
 78. Rombouts, een van de pre-adviseurs, riep in zijn nota de jeugd op de werkelijkheid te aanvaarden en met volle energie te werken aan 'de eervolle en belangrijke plaats, die ook ons volk kan innemen in de volkerengemeenschap, waarin wij leven'. Volgens hem was het van belang dat men 'in een overgangperiode, in een tijd van strijd en vernietiging van oude vormen, (...) zich niet blindstaart op afzonderlijke verschijnselen, die bedroeven en verschrikken; maar ook de blik richt op het positieve dat opgebouwd kan en moet worden, dat waard is dat mensch en volk daar hun beste krachten met overtuiging en enthousiasme aan wijden. Dit zal niet alleen de geestelijke volksgezondheid op peil houden, maar een krachtige, nieuwe ontwikkeling en opbloei geven waardoor de geheele geestelijke gezondheid van het volk slechts gebaat kan zijn.' *Archief GR (oud)*, nr. 1680, 'Nota dr. J.M. Rombouts'.
 79. Zie voor een overzicht van de ontwikkelingen op het terrein van de sport in de Tweede Wereldoorlog: Swijntink, *In de pas*. Uit deze dissertatie blijkt dat vele mensen tijdens de oorlogsjaren een sport gingen beoefenen. Dit tot tevredenheid van de bezetters.
 80. *Archief GR (oud)*, nr. 1680, 'Advies Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 13-9-1940'. De commissie had reeds een leidraad opgesteld voor de 'arbeid in het belang der geestelijke gezondheid van jeugdige volwassenen (plm. 18-24 jaar)'. *Ibidem*, 'Nota dr. J. van der Spek, 26-8-1940'.
 81. Zie ook voor een bespreking van de adviezen van de Gezondheidsraad op dit terrein: Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 211-212 en 215.
 82. Het advies was geïnspireerd door het in 1935 in het leven geroepen Rotterdamse Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden. De commissie had het idee besproken met de in 1934 opgerichte Nationale Federatie voor de Volksgezondheid. Enkele commissieleden, onder wie Bouman, hadden zitting in het bestuur van deze organisatie.
 83. *Archief GR (oud)*, nr. 1680, 'Advies Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 18-10-1940'.
 84. Zoals de Consultatiebureaus voor Zenuw- en Zielsziekten en de Medisch Opvoedkundig Bureaus.
 85. De deskundigen stonden in de circulaire ook stil bij de problemen van jongeren. Het was de commissie een doorn in het oog dat zij tot rebellie geneigd waren, omdat 'onverantwoordelijke, tot onvruchtbaarheid gedoemde handelingen' tot represailles aanleiding gaven. De commissie vond dat de jeugd 'meer dan ooit (...) bezonnen leiding' nodig had. *Archief GR (oud)*, nr. 1680, 'Circulaire van den Gezondheidsraad bestemd voor de consultatiebureaus, november 1940'.
 86. De handleiding, geschreven door Van der Spek, verscheen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Van der Spek, 'Wat kan in dezen tijd in het belang der geestelijke volksgezondheid gedaan worden?'
 87. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1941', *VMVGZ* 1942, 646-648; Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 212-215.

88. Op deze vergadering waren ook vertegenwoordigers aanwezig van Kruisverenigingen, de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Medisch Opvoedkundig Bureaus.
89. *Archief GR (oud)*, nr. 1921, 'Advies Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 18-4-1941'.
90. Namelijk door verhoging van de subsidie aan het Rotterdamse bureau en door de oprichting te bevorderen van een tweede bureau in Den Haag. Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 215.
91. Over de oprichting van de bureaus werd na de oorlog uitvoerig gediscussieerd in de Nationale Federatie. Van der Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, 217-236.
92. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Brief J. van Dam aan R.A. Verweij, 20-8-1941'.
93. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Rapport dr. J.M. Rombouts over onrust op scholen te Haarlem, 7-10-1941'.
94. Op deze vergadering werd gesteld dat enkele bevolkingsgroepen zich misdroegen. Dit gold vooral voor 'de meisjes' die verantwoordelijk zouden zijn voor de stijging van het aantal geslachtsziekten. Banning stelde voor vrouwelijke adolescenten na zonsondergang een straatverbod op te leggen. Van der Spek wond zich op over onderwijzers die tijdens de lesuren voor hun mening uitkwamen en daardoor protestacties uitlokten tegen de bezetters. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Notulen vergadering Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 11-10-1941'.
95. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Brief L.C. Kersbergen aan R.A. Verweij, 5-11-1941'.
96. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Brief R.A. Verweij aan J. van Dam, 24-11-1941'.
97. *Archief GR (oud)*, nr. 1865, 'Notulen vergadering Commissie inzake den invloed van deze tijden op de psyche, 7-3-1946'; Kersbergen, 'Onze volksgezondheid in verleden, heden en toekomst', 321.
98. *Archief GR (oud)*, nr. 602, 'Advies Commissie inzake taak en positie der heilgymnasten-masseurs, 5-4-1941'.
99. 'Verslag 1942', *VMVGZ* 1943, 734.
100. Wat betreft de voetverzorging probeerde de Gezondheidsraad de twee grootste belangenorganisaties, namelijk het Nederlandsch Genootschap tot bevordering der Voetverzorging en de Nederlandsche Vereeniging voor Voetverzorging, te bewegen gezamenlijk een landelijk examen te organiseren. Dit bleek onmogelijk, omdat genoemde verenigingen elkaar op voet van oorlog bestreden. Het gevolg was dat het aantal ongecontroleerde opleidingen toenam. *Archief GR (oud)*, nr. 625.
101. Dit gold ook voor het aantal belegde vergaderingen (91 van de 128). De bijeenkomsten van de subcommissies laat ik hierbij buiten beschouwing.
102. Den Hartog, 'Tien jaren Voedingsraad', 199.
103. Van den Berg, 'Over het ontstaan van de voedingsorganisatie T.N.O. en van de Voedingsraad', 302-303. De commissie bestond in de oorlogsjaren uit: Kersbergen (voorzitter), Banning, Van den Berg (in 1942 vervangen door Bruyning), de voorzitter van de Centrale Organisatie TNO J. Alingh Prins, de zuiveldeskundige P.N. Boekel, de hoogleraar in de kindergeneeskunde A. ten Bokkel Huinink, het hoofd bureau Voedingsvraagstukken van het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd M.J.L. Dols, de directeur van het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek M. van Eekelen, oud-hoofdinspecteur R.N.M. Eijkel, de directeur van het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad C. den Hartog, de hoogleraar in de fysiologische chemie en directeur van het Nederlands Instituut voor Volksvoeding B.C.P. Jansen, de hoogleraar in de hygiëne H.W. Julius, de voorzitter van de voedingsorganisatie TNO H.R. Kruyt, de hoogleraar in de inwendige geneeskunde C.D. de Langen, de internist en voorzitter van de NMG in 1940 en 1941 F.A. Schalijs, de directeur van het RIV W. Aeg. Timmerman, en farmaceutisch hoofdinspecteur A.H. van de Velde. Spil van de commissie was secretaris Minkema.
104. Behalve de Voedingsraad waren dit onder andere het Rijksbureau voor de Voedselvoorziening in Oorlogstijd, de Voedingsorganisatie TNO en het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek.
105. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1141-1143.
106. Zie voor een uitvoerige bespreking van de rol die Louwes heeft gespeeld: Trienekens, *Tussen ons volk en de honger*. Deze dissertatie staat uitvoerig stil bij de voedselvoorziening in ons land en de door de autoriteiten genomen maatregelen om ondervoeding te voorkomen.
107. Bij deze besprekingen was ook vaak commissielid Dols aanwezig. Bron: Mondelinge mededelingen dr. M. van Eekelen en prof. dr. C. den Hartog.

108. Dols en Van Arcken, 'De voedselvoorziening in Nederland tijdens en onmiddellijk na den Tweeden Wereldoorlog', 198-199.
109. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1143-1144.
110. Mondelinge mededeling dr. M. van Eekelen.
111. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1149. De Centrale Keukens waren een idee van Louwes.
112. Trienekens, *Tussen ons volk en de honger*, 213.
113. Dols en Van Arcken, 'De voedselvoorziening in Nederland', 197.
114. Bijkomend voordeel van de Centrale Keukens was dat de bevolking niet de schaarse brandstofvoorraden hoefde aan te spreken voor de bereiding van maaltijden. Trienekens, *Tussen ons volk en de honger*, 381.
115. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1148.
116. 'Verslag 1943', *VMVGZ* 1944, 835-836.
117. *Archief GR (oud)*, nr. 1104, 'Advies Voedingsraad, 10-7-1941'.
118. Van den Berg, 'Over het ontstaan van de voedingsorganisatie T.N.O. en van de Voedingsraad', 307.
119. 'Verslag 1941', *VMVGZ* 1942, 656-657.
120. 'Verslag 1943', *VMVGZ* 1944, 842-843.
121. Uitvoering van het voorstel van het ministerie van Landbouw en Visserij kostte f 300.000. *Archief GR (oud)*, nr. 1035 'Advies Voedingsraad, 16-1-1943'.
122. 'Jaarverslag 1944-1945', *VMVGZ* 1947, 332.
123. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1147.
124. *Regeling van de distributie van ziekenvoedsel*. Behalve voedingsmiddelen vielen ook zeep en petroleum onder de regeling. In 1941 en 1943 verschenen herziene uitgaven van het 'ziekenvoedselboekje'.
125. Banning, 'Voeding en voedingstoestand', 19 en 22.
126. *Archief GR (oud)*, nr. 995, 'Notulen vergadering Voedingsraad, 27-4-1944'.
127. Banning, 'Voeding en voedingstoestand', 22.
128. Trienekens, *Tussen ons volk en de honger*, 217-222.
129. *Archief GR (oud)*, nr. 1035, 'Advies Voedingsraad, 15-4-1942'.
130. 'Verslag 1942', *VMVGZ* 1943, 738.
131. 'Verslag 1943', *VMVGZ* 1944, 836.
132. 'Jaarverslag 1944-1945', *VMVGZ* 1947, 334.
133. Met het uitmalingspercentage wordt bedoeld het aantal malen dat het graan wordt gemalen. Naarmate de uitmalingsgraad hoger is, verkrijgt men bloem met een toenemend gehalte aan ruwe celstof, eiwit, vitaminen, mineralen en enzymen.
134. 'Verslag 1941', *VMVGZ* 1942, 655.
135. *Archief GR*, nr. 1091, 'Advies Voedingsraad, 2-4-1942'.
136. 'Verslag 1943', *VMVGZ* 1944, 844-845.
137. 'Verslag 1941', *VMVGZ* 1942, 655; Den Hartog, 'Tien jaren Voedingsraad', 208.
138. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1144-1146.
139. 'Verslag 1941', *VMVGZ* 1942, 656.
140. Dols en Van Arcken, 'De voedselvoorziening in Nederland', 197.
141. 'Verslag 1942', *VMVGZ* 1943, 740-741.
142. 'Verslag 1943' *VMVGZ* 1944, 845.
143. *Archief GR (oud)*, nr. 1091, 'Advies Voedingsraad, 8-8-1941'.
144. Banning, 'De volksgezondheid', 339-340.
145. *Archief GR (oud)*, nr. 1091, 'Advies Voedingsraad, 5-1-1942'.
146. Banning, 'De volksgezondheid', 340.
147. *Archief GR (oud)*, nr. 995, 'Notulen vergadering Voedingsraad, 27-5-1943'. Overigens was dit de enige keer dat er een conflict dreigde tussen Bruyning en de overige leden van de Voedingsraad.
148. *Archief GR (oud)*, nr. 1094, 'Advies Voedingsraad, 21-6-1943'.
149. *Archief GR (oud)*, nr. 1094, 'Brief R.A. Verweij aan L.C. Kersbergen, 28-6-1943'.
150. Montijn, *Aan tafel!*, 72.
151. Zij had deze bijnaam te danken aan het feit dat zij de vinger aan de pols van de bevolking hield. Officieel was de naam van de subcommissie 'Commissie tot onderzoek van de voedings- en gezondheidstoestand der Nederlandse bevolking'.

152. De voedingstoestand van de gezinnen werd door middel van een budgetonderzoek 'gemeten'. Door de toenemende zwarte handel waren in de loop van de oorlog steeds minder gezinnen bereid de hoeveelheid geconsumeerd voedsel aan de Polsc commissie op te geven. De commissie probeerde deze onderrapportage te voorkomen door plechtig te beloven dat alle gegevens vertrouwelijk werden behandeld en door een kookboek in het vooruitzicht te stellen. Voor het bepalen van de gezondheidstoestand werden onderzocht: lengte en gewicht, bloeddruk, hartslag, kalkgehalte van beenderen, samenstelling van het bloed, en de toestand van het gebit en de longen. Den Hartog, 'Tien jaren Voedingsraad', 210.
153. In 1942, toen de subsidie terugviel naar f 15.000, staken particuliere organisaties de helpende hand toe. In de laatste drie oorlogsjaren bedroeg de subsidie f 25.000.
154. Dit was bijvoorbeeld het geval in april 1943 en in mei 1944, toen de Raad de autoriteiten wees op de verontrustende daling van het gemiddelde aantal calorieën in het voedselpakket. Zie bijvoorbeeld: *Archief GR (oud)*, nr. 1094, 'Advies Voedingsraad, 2-4-1943'; 'Jaarverslag 1944-1945', *VMVGZ* 1947, 335-336.
155. 'Verslag 1943', *VMVGZ* 1944, 851-865.
156. *Rapport betreffende het onderzoek naar de voedings- en gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking*. Het rapport over de gebitstoestand in de oorlogsjaren verscheen pas in 1958. Het onderzoek werd vertraagd omdat de overheid in 1946 de subsidiëring stopzette. Drie jaar later werden de werkzaamheden hervat, toen de Polsc commissie een deel van het geblokkeerde kapitaal van het Volkorenbroodfonds ter beschikking kreeg.
157. Zie voor een uitvoerige analyse van het eindrapport van de Polsc commissie: Trienekens, *Tussen ons volk en de honger*, 364-373.
158. Den Hartog, 'Tien jaren Voedingsraad', 211.
159. Den Hartog, 'De voedingsvoorlichting in dezen tijd', 3861.
160. 'Verslag 1940', *VMVGZ* 1941, 1150-1151.
161. Op een vergadering van de Commissie van bijstand vertelde Banning aan Van 't Hoog dat hij niet in aanmerking kwam voor het directeurschap. De hoofdinspecteur vond dit een felicitatie waard, omdat de capaciteiten van de privaat-docent te groot zouden zijn voor deze 'ondergeschikte betrekking'. *Archief GR (oud)*, nr. 1023, 'Notulen vergadering Commissie van bijstand, 14-10-1940'.
162. Den Hartog publiceerde sinds 1935 regelmatig in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* over de voedingstoestand op het Groningse platteland.
163. Mondelinge mededelingen dr. M. van Eekelen en prof. dr. C. den Hartog; *Archief GR (oud)*, nr. 995, 'Notulen vergaderingen Voedingsraad, 16-10-1940 tot en met 21-1-1941'. Sindsdien boterde het niet meer tussen Van 't Hoog en de leden van de Voedingsraad. In de redactie van het tijdschrift *Voeding* kwam het in 1942 tot een conflict, toen hoofdredacteur Van 't Hoog, tegen de zin van de redactiecommissie in, enkele artikelen in het tijdschrift plaatste. Veel medewerkers beëindigden hun werkzaamheden voor het tijdschrift. Dank zij de steun van de diëtiste mevr. M. Wittop Koning wist Van 't Hoog het tijdschrift *Voeding* tot augustus 1944 uit te brengen. Na de oorlog nam Den Hartog het hoofdredacteurschap op zich. Boekel, 'De stichting tot wetenschappelijke voorlichting op voedingsgebied', 294; mondelinge mededeling dr. M. van Eekelen.
164. De subsidie liep in de loop van de oorlog op van f 125.000 naar f 280.000.
165. De persberichten werden twee maal per week aan het ANP aangeboden. De folders werden in een oplage van een paar honderdduizend exemplaren verspreid.
166. Tot 1944 gebeurde dit in de keuken van een van de medewerkers. In 1944 kreeg het Voorlichtingsbureau de beschikking over een proefkeuken.
167. In 1941 werden er elf tentoonstellingen georganiseerd, die door maar liefst 145.000 mensen werden bezocht.
168. 'Verslag 1941', *VMVGZ* 1942, 650-654.
169. *Archief Dr. C. van den Berg*, Memoires, 'Eindhoven als centrum van gezondheidszorg in oorlogstijd'.
170. 'Verslag over de jaren 1944 en 1945 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *VMVGZ* 1949, 645-650.
171. In totaal kwam de Raad in de periode september 1944 tot mei 1945 tien keer bijeen. De in Utrecht woonachtige leden belegden één vergadering. Mogelijk bestond er tijdens de hongerwinter wel telefonisch en schriftelijk contact tussen de leden.

172. *Archief GR (oud)*, nr. 1852, 'Overzicht proeven, gedaan in proefkeuken Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad in 1945'.

HOOFDSTUK 6

1. Zie voor een beschrijving van de totstandkoming van de Gezondheidswet van 1956: Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 25-37.
2. Zie voor een overzicht van de reorganisatievoorstellen: Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*, 182-187; Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 21-26; Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 141-146.
3. De bewindsman maakte melding van 'plannen tot reorganisatie van den Gezondheidsraad, waarbij dit thans nooit in pleno vergaderend groote college wordt teruggebracht tot een betrekkelijk klein college, waaraan ad hoc speciale deskundigen kunnen worden toegevoegd'. *H.S.G.* 1945-1946, II, bijlage 123.2, 17-18. Daarover is nooit meer iets vernomen.
4. De Vries-Bruins maakte een uitzondering voor de Voedingsraad en de Polscommissie, die volgens haar van groot belang waren voor de Nederlandse samenleving. *H.S.G.* 1945-1946, II, 121.
5. *H.S.G.* 1945-1946, II, 132.
6. *H.S.G.* 1946-1947, II, 680.
7. De Centrale Commissie had niet te klagen over een gebrek aan voorstellen over de organisatie van de gezondheidszorg. In de discussie speelden de rapporten van de commissie-Van Rhijn (1945/1946), de commissie-Banning (1946) en het Centrum voor Staatskundige Vorming (1950), het wetenschappelijk bureau van de KVP, een belangrijke rol. De Gezondheidswet van 1956 correspondeerde het meest met laatstgenoemd rapport. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg*, 141-148.
8. De andere afdeling was de Raad van Bijstand, die overleg moest bevorderen tussen ambtelijke instanties en particuliere organisaties. Daarnaast pleitte de subcommissie voor instelling van districtsgezondheidsorganen, waarin gemeentebesturen en particuliere organisaties vertegenwoordigd moesten zijn.
9. Alle Provinciale Raden moesten de beschikking krijgen over een door een arts geleid bureau. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 26-28.
10. Sinds 20 augustus 1951 heette het departement Sociale Zaken en Volksgezondheid.
11. *H.S.G.* 1952-1953, II, bijlage 2981.1-2981.3. Enkele kleine wijzigingen in de samenstelling en werkwijze van de Gezondheidsraad komen in het volgende hoofdstuk ter sprake.
12. In het Voorlopig Verslag kwam de positie van de Gezondheidsraad nauwelijks aan de orde. Slechts een paar leden vroegen zich af of de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 'niet in een combinatie zouden kunnen worden geconstitueerd'. *H.S.G.* 1953-1954, bijlage 2981.4.
13. In de Memorie van Antwoord verduidelijkte Suurhoff de verschillende taken van de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: 'Is hier een maatschappelijke vraag, een vraag van praktisch werk, een vraag van wetgeving aan de orde; gaat het om stimulering van gezondheidszorg, om samenwerking tussen Overheid en particulier initiatief? Is dat het geval, dat moet de Centrale Raad zijn mening kenbaar maken. Maar staat men voor de oplossing bijvoorbeeld van medisch of pharmaceutisch wetenschappelijke vragen (...), dan is de Gezondheidsraad, bestaande uit erkend wetenschappelijke deskundigen, in de eerste plaats met de beoordeling van zodanige vragen belast'. *H.S.G.* 1954-1955, bijlage 2981.5.
14. De emoties liepen tijdens het debat hoog op toen Mol constateerde dat het ontwerp van de minister de dood kon betekenen van het particulier initiatief. Overigens vielen ook tijdens de beraadslagingen over de Gezondheidswet van 1956 kritische opmerkingen te noteren over de bestuurlijke kwaliteiten van artsen. Zo merkte CHU-afgevaardigde en hoofdbestuurslid van het Oranje-Groene Kruis F.H. van de Wetering op 'dat weinig medici achter de schrijftafel geslaagd mogen heten'. In de Gezondheidsraad waren volgens hem 'knappe mensen' vertegenwoordigd die het oneens waren over moeilijke

- vraagstukken en die 'omdat het wetenschapsmensen zijn, het met elkaar oneens blijven'. Zie voor het debat in de Tweede Kamer over de ontwerp-Gezondheidswet: *H.S.G.* 1954-1955, II, 3674-3706.
15. *H.S.G.* 1955-1956, II, bijlage 2981.13.
 16. Alleen de Communistische Partij Nederland (CPN) stemde tegen de Gezondheidswet, omdat zij tegen wettelijke erkenning van het particulier initiatief was. Volgens de communisten was het volksgezondheidsbeleid enkel en alleen een taak van de overheid. *H.S.G.* 1955-1956, II, bijlage 2981.13; *Ibidem*, 3043-3047.
 17. *H.S.G.* 1955-1956, I, 3019-3026.
 18. K.B. van 21 oktober 1957 (*Stb.* 426). De Gezondheidswet trad laat in werking omdat nog moest worden bepaald wie in de Centrale Raad benoemd zouden worden. Het advies van de Centrale Commissie over deze materie liet ruim een jaar op zich wachten. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 36-37.
 19. Zie voor de geschiedenis van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*.
 20. K.B. van 6 januari 1947 (*Stb.* 66).
 21. Zie voor biografische informatie over Brutel de la Rivière: Lindeboom, *Dutch medical biography*, 1642-1643; 'Dr. J.J. Brutel de la Rivière 60 jaar arts'.
 22. *Archief DGVGZ*, code 1.772.413.1, 'Brief J.J. Brutel de la Rivière aan P. Muntendam, 19-9-1951'.
 23. Piet Muntendam (1901-1986) was na de oorlog een van de meest invloedrijke figuren op het terrein van de volksgezondheid. Hij werd geboren in Amsterdam als zoon van een oogarts. Nadat hij in 1924 zijn artsexamen had behaald, vestigde hij zich als huisarts in Hollandscheveld. In 1931 maakte hij de overstap naar de verzekeringsmaatschappij Centraal Beheer in Groningen, waar hij tot controlerend geneesheer werd benoemd. Muntendam specialiseerde zich in de jaren dertig in de sociale geneeskunde. In 1936 promoveerde hij op het proefschrift: *De sociale betekenis van reumatiek*. In 1938 werd hij benoemd tot geneeskundig inspecteur van de drie noordelijke provincies. Deze functie combineerde hij met het privaat-docentschap in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Na de oorlog werd Muntendam medisch adviseur bij de Rijksverzekeringsbank in Amsterdam. Op 1 april 1949 volgde hij Van den Berg op als directeur-generaal van de Volksgezondheid en een jaar later werd hij staatssecretaris. Tijdens zijn staatssecretarisschap bleef de functie van directeur-generaal on vervuld. Toen Muntendam was benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit van Leiden, op 1 oktober 1953, werd hij weer directeur-generaal. In 1964 nam hij afscheid van het departement. Muntendam beëindigde zijn carrière als gewoon hoogleraar. Na zijn pensionering bleef hij in tal van vooraanstaande commissies actief. Zie voor biografische informatie over Muntendam: Goudsmit en De Vries, 'Volksgezondheid in de departementale sfeer'; Krul, 'Biografische flitsen'.
 24. Muntendam boog zich met Brutel de la Rivière en hoofdinspecteur Banning over de opvolging. De kandidaten voor het voorzitterschap waren: V.M.J.M.J. van den Berkel, medisch adviseur van het Algemeen Mijnwerkersfonds; F. Bezemer, arts bij de Arbeidsinspectie; P. Bolt, directeur van de GGD van Groningen; G.C.E. Burger, hoofd Geneeskundige Dienst van Philips; L.F.C. van Erp Taalman Kip, psychiater en oud-voorzitter van de NMG; H.W. Julius, hoogleraar in de hygiëne; W.J. Lojenga, directeur van de GGD en het Gemeentelijk Ziekenhuis van Alkmaar; J.M. Planteydt, directeur van het sanatorium Noordwijk; D.K. Rijkels, WHO-medewerker en oud-geneeskundig inspecteur; en P.L. Stal, geneeskundig inspecteur. Van den Berkel, Burger en Lojenga leken Muntendam het meest geschikt voor de functie. *Archief DGVGZ*, nr. 1.772.413.1, 'Nota inzake de opvolging van Dr. J.J. Brutel de la Rivière, 26-9-1951'.
 25. *Archief GR (oud)*, nr. 2019, 'Korte samenvatting van de dertiende bespreking, o.l.v. de Staatssecretaris van Volksgezondheid (...), 30-10-1951'.
 26. Hij bleef tot 1 april 1955 in functie en werd op zijn verzoek speciaal belast met het opzetten van de Centrale Commissie voor de Kankerbestrijding. *H.S.G.* 1952-1953, II, bijlage 2800.XII.2, 15. Bovendien was Brutel de la Rivière in zijn nadagen actief als adviseur van de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen.
 27. K.B. van 27 februari 1952 (*Stb.* 20).
 28. Zie voor biografische informatie over Van Luijt: Bezemer, 'P.A. van Luijt'.
 29. Daarmee was hij na Josephus Jitta de tweede gepensioneerde voorzitter van de Gezondheidsraad. Hij ontving bovenop zijn pensioen een toelage van f 400 per maand.

30. Door het gebrek aan leiderschap liep de produktie van de Gezondheidsraad in deze jaren sterk terug. Zie bijlage III.
31. K.B. van 11 januari 1955 (*Stb.* 36). In het volgende hoofdstuk komt de persoon Wester uitgebreid ter sprake.
32. Het aantal leden steeg in 1950 tot 86. Het aantal hoogleraren onder de niet-ambtshalve leden was verdubbeld tot ruim vijftig procent. Onder de ambtshalve leden bevonden zich, op grond van de Gezondheidswet van 1919, nog altijd vertegenwoordigers van wetenschappelijke instituten en artsensorganisaties.
33. De begroting van de Raad steeg van ruim f 45.000 in 1945 tot bijna f 90.000 tien jaar later. Een deel van dit geld werd vanaf 1954 gebruikt voor het uitkeren van vacatiegeld. Tot op dat moment ontvingen de commissieleden voor het bijwonen van een vergadering alleen een vergoeding voor gemaakte reizen en verblijfskosten. Aanvankelijk bedroeg het vacatiegeld f 10 per bijgewoonde vergadering.
34. De 'penningmeester' van het secretariaat van de Gezondheidsraad beheerde in deze jaren niet alleen de kas van de Raad, maar ook die van de Polsc commissie en van de Friese Malariacommissie. Voorts zag hij toe op de gelden bestemd voor de financiering van de examens voor heilgymnastiek en massage en voor de uitgave van de *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid*.
35. Een van de malversaties had betrekking op het onderzoek naar de invloed van roken op de volksgezondheid. De overheid verstrekke een subsidie voor de aanschaf van 30.000 sigaretten. Later bleek dat slechts 10.000 sigaretten voor het onderzoek waren aangewend.
36. *Archief DGVGZ 1918-1950*, nr. 391, 'Rapport Controle kasbeheer bij Gezondheidsraad uitgebracht door Chef afdeling Comptabiliteit, 2-12-1946'.
37. Na de bevrijding werden de onderhandelingen hervat om een zelfstandig adviesorgaan op het terrein van de voeding in het leven te roepen. Deze besprekingen mondten uit in de installatie van de Voedingsraad op 10 september 1954 (dit naar aanleiding van de totstandkoming van de Wet van 23 Juni 1952, *Stb.* 350). Tot dat tijdstip werden de adviezen van de voedingsdeskundigen onder auspiciën van de Gezondheidsraad uitgebracht.
38. Van Bouwdijk Bastiaanse merkte tijdens een vergadering van de Encefalitiscommissie op dat primovaccinatie bij personen boven de twee jaar gemiddeld in één op de 2000 gevallen een hersenontsteking veroorzaakte. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...) 20-6-1947'.
39. Een mogelijke oorzaak van de vele complicaties was de spoed die met de inentingscampagne werd betracht, waardoor de zorgvuldigheidseisen onvoldoende in acht werden genomen. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Verslag Dr. P.J.V. van Wesemael, 13-6-1947'.
40. Door de inentingscampagnes in de zuidelijke provincies steeg het aantal vaccinaties in 1947 tot bijna 175.000, een record sinds 1929. Keuter, *Predisposition to postvaccinial encephalitis*, 14-15.
41. Zo trad in Limburg maar één geval van hersenontsteking op. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 20-6-1947'.
42. Op de vergadering waren behalve Brutel de la Rivière de vooroorlogse commissieleden Van den Berg, Van Bouwdijk Bastiaanse, Brouwer, Eijkel, Gorter, Julius, Van Loghem en Vitringa aanwezig. Daarnaast maakten de geneeskundig inspecteur in de provincie Utrecht G.D. Hemmes, de neuroloog P.A.F. van der Spek en de hoogleraar in de microbiologie J.D. Verlinde deel uit van de commissie.
43. Dit waren Van Bouwdijk Bastiaanse, Brouwer en Gorter.
44. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 20-6-1947'; *Ibidem*, 'Advies Gezondheidsraad, 24-7-1947'.
45. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 20-4-1949'.
46. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Brief J.E. Dinger aan A.M. Joekes, 15-12-1949'.
47. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Advies Gezondheidsraad, 27-3-1950'.
48. De driehonderd primovaccinaties bij personen ouder dan twee jaar veroorzaakten vier hersenontstekingen.
49. *Rapport omtrent de pokkenepidemie te Tilburg in 1951*, 10-39 en 94.
50. *H.S.G. 1951-1952*, II, bijlage A.XII.2, 10.
51. De commissie was ook content over het feit dat zij tussentijds, namelijk op 5 mei, over de getroffen maatregelen was ingelicht. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 5-5-1951'.

52. In totaal liet ruim zes procent van de Nederlandse bevolking zich in 1951 inenten. Het inentingspercentage was alleen in 1929 hoger geweest. 'Verslag over 1951 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *VMVGZ* 1955, 617; 'Verslag over 1952 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid', *VMVGZ* 1956, 430.
53. In 1951 kregen vier zuigelingen encefalitis.
54. Van Bouwdijk Bastiaanse keerde zich tegen het advies, omdat de overheid in zijn ogen ook bij bevordering van de vaccinatie verantwoordelijk was voor eventuele complicaties. Het op morele gronden afwijzen van de vaccinatieplicht was volgens hem daarom onjuist. *Archief GR (oud)*, nr. 318, 'Notulen vergadering Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 26-6-1951'; *Ibidem*, nr. 2000, 'Advies Gezondheidsraad, 29-6-1951'.
55. *Archief GR (oud)*, nr. 2301, 'Adviezen van de Studie-commissie 1947-1951', 5.
56. TNO is in 1930 opgericht. Sinds 1941 buigt dit semi-overheidsorgaan zich ook over vraagstukken op het terrein van de volksgezondheid. In 1946 stelde een TNO-commissie voor een TNO-gezondheidsorganisatie op te richten, die zich bezig moest houden met coördinering en ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de curatieve en preventieve geneeskunde en de hygiëne. Een jaar later vroeg minister Drees de Gezondheidsraad zijn licht te laten schijnen over dit plan. De betrokken commissie vond het van groot belang dat het medisch-wetenschappelijk onderzoek werd bevorderd. Met de instelling van een gezondheidsorganisatie in TNO-verband kon zij instemmen, onder de voorwaarde dat TNO in overleg zou treden met de afdeling medisch onderzoek van de Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO) over afbakening van de werkterreinen. De directeurs van TNO en ZWO toonden zich tijdens een commissievergadering bereid samen te werken (zie: *Archief GR (oud)*, nr. 1989, 'Advies Gezondheidsraad, 24-7-1947'). Minister Joekes onderschreef het advies en installeerde op 24 januari 1950 de Gezondheidsorganisatie TNO. Deze organisatie zou niet alleen bestaande onderzoeken ondersteunen en coördineren, maar ook zelf onderzoek doen. Spoedig na haar oprichting nam de Gezondheidsorganisatie TNO vraagstukken in studie die soms jarenlang op de agenda van de Gezondheidsraad hadden geprikt. Encefalitis, polio en krop zijn daarvan de belangrijkste voorbeelden. Ook onderzoek naar de BCG-vaccinatie en naar de invloed van fluoridering van drinkwater op de bestrijding van tandcariës werden door TNO verricht.
57. *Archief GR (oud)*, nr. 318, 'Notulen Studie-commissie inzake het vraagstuk van de vaccinatie (...), 4-7-1950'.
58. Vooral de Encefalitiscommissie was ruimschoots vertegenwoordigd. Zo waren op de eerste bijeenkomst aanwezig Van Bouwdijk Bastiaanse, Brutel de la Rivière, de wetenschappelijk directeur van het RIV R. Gispén, Hemmes, de hoogleraar in de bacteriologie en serologie A.B.F.A. Pondman, Ruys en Verlinde. Verder zaten in de commissie A. Polman, voorzitter van de Gezondheidsorganisatie TNO en hoogleraar in de antropogenetica; H.S. Frenkel, oud-directeur van het Staatsveeartsenijkundig Onderzoekingsinstituut in Amsterdam en oud-lid van de Encefalitiscommissie; B.J.W. Beunders, kolonel-arts en hoofd Dienst Militaire Gezondheidszorg en Gezondheidstechniek van de Militair Geneeskundige Dienst; F. Dekking, conservator van het Laboratorium voor Gezondheidsleer van de Universiteit van Amsterdam; W. Nanning, luitenant-kolonel en plaatsvervangend hoofd sectie Praeventieve Geneeskunde van de Inspectie Militair Geneeskundige Dienst (Koninklijke Landmacht). Later traden ook tot de commissie toe W.G. Sillevius Smit, hoogleraar in de neurologie en hoofd van de Neurologische Kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht, en de neuroloog A. Verjaal. Nanning en Verjaal werden ook lid van de Encefalitiscommissie.
59. *Archief GR (oud)*, nr. 2003, 'Notulen eerste bijeenkomst Adviescommissie TNO inzake een onderzoek naar de oorzaken van de encephalitis postvaccinalis, 14-6-1951'.
60. *Archief GR (oud)*, nr. 2003, 'Advies Gezondheidsorganisatie TNO, 15-6-1954'. De TNO-commissie werd in 1964 opgeheven. Ook zij slaagde er niet in de oorzaak van encefalitis te achterhalen.
61. Zie bijvoorbeeld: *H.S.G.* 1946-1947, II, 203 en 218. Bij legerorder van 4 juli 1946 werd de aandacht van de verantwoordelijke legerautoriteiten erop gevestigd 'dat het de commandanten weliswaar veroorloofd is door overreding te trachten militairen die weigeren zich te laten vaccineren tot ander inzicht te brengen, doch dat elke dwang of onheuse behandeling verboden is'.
62. Uiteindelijk leverde de massavaccinatie 22 encefalitisgevallen op. Het aantal sterfgevallen bedroeg vijf.
63. *H.S.G.* II, 1950-1951, 1856 e.v.
64. *H.S.G.* 1951-1952, II, 547.
65. In de Memorie van Toelichting stelde Staf dat het tot dan toe gevoerde beleid om militairen op basis van vrijwilligheid te bewegen zich te laten inenten, was mislukt. Een slechte vaccinatietoestand was

- volgens hem funest voor de paraatheid van de strijdkrachten. Bovendien was het niet uitgesloten dat het Nederlandse leger in NAVO-verband zou worden ingezet in gebieden waar pokken nog geregeld voorkwamen. *H.S.G.* 1952-1953, II, bijlage 2974.
66. De Wet Immunisatie Militairen is drie maal verlengd (de laatste keer tot 1979).
 67. Sommige deskundigen, onder wie Nanning, zaten in de Encefalitiscommissie, de TNO-commissie en de Commissie Art. 3.2. Wet Immunisatie Militairen.
 68. *Advies GR* 1957/3, bijlage 2.
 69. De ontwikkeling van immuniteit gaat gepaard met de vorming van antistoffen. Het is mogelijk de antistoffen, in de vorm van het bloedeiwit gammaglobuline, te isoleren. Na de oorlog werd ontdekt dat van gammaglobuline een passief immuniserende werking uitging. Rond 1950 werd gammaglobuline op ruime schaal toegepast tegen bepaalde virusziekten, in het bijzonder mazelen.
 70. Gemiddeld 1 op de 2000 primovaccinaties en 1 op de 50.000 revaccinaties resulteerden in encefalitis. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Notulen Studie-commissie inzake de vaccinatie (...), 20-6-1947'.
 71. Verlinde en Spaander, 'Neutralisatie van vaccinevirus door gamma-globuline'.
 72. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'Advies Gezondheidsraad, 22-6-1951'. Op de vergadering waarop dit advies tot stand kwam, meldde Van Bouwdijk Bastiaanse dat hij zijn zoon op de achtste dag na de primovaccinatie had ingespoten met avgg. Het gevolg van het experiment was een heftige, maar kortstondige reactie (onder meer zwellingen en koorts). Van gelijktijdige toediening van avgg met het pokkenvaccin werden geen complicaties verwacht.
 73. *Archief GR (oud)*, nr. 2003, 'Advies Adviescommissie TNO (...), 15-6-54'.
 74. Nanning, *Encephalitis postvaccinalis*, 279-281.
 75. Aan de proefneming namen 100.000 militairen deel. De helft van hen kreeg avgg toegediend; in deze groep trad drie maal hersenontsteking op. In de zogenoemde 'placebogroep' was dit vier keer zo veel. Nanning, *Encephalitis postvaccinalis*, 327-329.
 76. Dit kwam onder meer door een verbetering van de behandelingsmethoden. Zie voor een algemene beschrijving van de tuberculosebestrijding in de naoorlogse jaren: Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 278-361.
 77. Sickenga, *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding*, 172-174 en 195-197; *Advies GR* 1962/10, 22.
 78. Massavaccinatie tegen tuberculose vond plaats in Frankrijk en in de Scandinavische landen.
 79. Het advies werd met vertraging uitgebracht, omdat de commissie ook wilde ingaan op de meest geschikte inentingsmethode en een registratiesysteem voor vaccinaties en eventuele complicaties. *Archief GR (oud)*, nr. 1626, 'Advies Gezondheidsraad, 7-6-1950'; *Ibidem*, nr. 2031, 'Brief J.J. Brutel de la Rivière aan P. Muntendam, 21-6-1950'.
 80. *H.S.G.* 1951-1952, II, bijlage A.2300.XII.10, 57.
 81. *Archief GR (oud)*, nr. 2031, 'Verslag van de bespreking over BCG-vaccinatie op de Geneeskundige Hoofdinspectie, 28-8-1951'.
 82. *Archief GR (oud)*, nr. 2019, 'Verslag van de bijeenkomst op de werkkamer van P. Muntendam (...) betreffende het probleem van de massa-vaccinatie met B.C.G.-vaccin, 21-2-1952'; *HSG* 1952-1953, II, bijlage 2800.XII.10, 26. De Tweede Kamer maakte geen ophef over de complicaties na de BCG-vaccinatie.
 83. *Archief GR (oud)*, nr. 1626, 'Advies Gezondheidsraad, 1-7-1952'.
 84. Volgens de voorzitter waren vooral op initiatief van referendaris Minkema paramedische vraagstukken op de agenda van de Raad verschenen. *Archief GR (oud)*, nr. 1186, 'Advies Gezondheidsraad, 3-2-1948'.
 85. Resultaat van de adviezen was de totstandkoming in 1963 van de Wet op de Paramedische Beroepen (*Stb.* 113). Daarin werd bepaald dat uitoefening van een paramedisch beroep alleen was toegestaan onder gezag van een arts. Bij algemene maatregelen van bestuur zijn sindsdien de bevoegdheden van de paramedische beroepsbeoefenaars geregeld.
 86. Paragraaf 4.2.4 beschrijft de situatie na de Eerste Wereldoorlog.
 87. *Archief GR (oud)*, nr. 2055, 'Brief J.J. Brutel de la Rivière aan de toekomstige leden van de Commissie inzake hypnotische séances en occult bedrog, 16-10-1948'.
 88. *Archief GR (oud)*, nr. 2055, 'Advies Gezondheidsraad, 23-3-1949'.

89. De Gezondheidsraad zou zich niet meer uitspreken over hypnotische seances en occultisme. Deze onderwerpen werden in het begin van de jaren vijftig 'overgenomen' door de Centrale Commissie voor de Volksgezondheid.
90. Zie paragraaf 4.2.4.
91. Bijl, 'Een Nederlandsche Hygienistenschool'. Van Loghem en Ruys wezen dit voorstel van de hand, omdat een gecombineerde opleiding zou leiden tot vervlakking van het onderwijsprogramma. Zij hielden een pleidooi voor instelling van twee afzonderlijke cursussen. Van Loghem en Ruys, 'Gezondheidsingenieur en hygiënist'.
92. *Archief GR (oud)*, nr. 2050, 'Advies Gezondheidsraad, 28-12-1948'.
93. *Archief GR (oud)*, nr. 2000, 'diverse stukken'. Kort geleden is in Utrecht de School of Public Health opgericht, een samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Utrecht en de Erasmus Universiteit. Dit initiatief, waarmee de Gezondheidsraad formeel geen bemoeienis heeft gehad, spoort ten dele met de in het interbellum en de tweede helft van de jaren veertig bestaande plannen.
94. Muntendam omschreef sociale geneeskunde in 1966 als 'dat deel van de geneeskunde dat de wisselwerking met betrekking tot gezondheid en ziekte tussen mens en milieu, in materiële en immateriële zin, tot onderwerp van studie heeft, evenals de middelen ter beïnvloeding van deze wisselwerking tot behoud en bevordering van gezondheid en bestrijding van ziekte'. Muntendam, *Zestig jaar in de gezondheidszorg*, 75.
95. Uitzondering was de in 1918 in Utrecht gevestigde leerstoel, die echter werd bezet door een verzekeringsarts. Daardoor kreeg de sociale geneeskunde een andere invulling. Muntendam, *Zestig jaar in de gezondheidszorg*, 74. Wel was een toenemend aantal dissertaties gewijd aan sociale aspecten van ziekten. Zie bijvoorbeeld: Muntendam, *De sociale betekenis van reumatiek*.
96. Aanleiding voor de adviesaanvraag was het verzoek van een aantal sociaal geneeskundigen, verenigd in de zogenoemde Commissie voor Sociale Geneeskunde, om hoogleraren in hun vakgebied te benoemen. De NMG ondersteunde deze gedachte.
97. 'Beknopt verslag van de werkzaamheden van den Gezondheidsraad over het jaar 1946' *VMVGZ* 1948, 1005-1007.
98. *Archief GR (oud)*, nr. 2027, 'Advies Gezondheidsraad, 17-3-1949'.
99. *H.S.G.* 1949-1950, II, 1096-1101.
100. Commissielid S.E. de Jongh, hoogleraar in de farmacologie, verliet prompt de vergaderzaal toen hij onder de aanwezigen een vertegenwoordiger van de Anti-Vivisectie Stichting aantrof. Deze organisatie was volgens hem verantwoordelijk voor de lastercampagne die werd gevoerd tegen instellingen en onderzoekers die dierproeven toepasten. Toen uit een onderzoek bleek dat de beschuldigingen van De Jongh gegrond waren, deed Brutel de la Rivière een beroep op de Anti-Vivisectie Stichting haar vertegenwoordiger uit de commissie terug te trekken. Nadat de Stichting aan dit verzoek had voldaan nam De Jongh weer zitting in de commissie. *Archief GR (oud)*, nr. 2117.
101. De Gezondheidsraad had ook in het interbellum deze problematiek bestudeerd. In 1934 concludeerde een commissie dat er geen misstanden waren, maar dat er toch een wettelijke voorziening moest komen om eventuele excessen te voorkomen. Een door haar opgesteld wetsontwerp bepaalde onder welke voorwaarden dierproeven konden plaatsvinden. Minister Slotemaker de Bruïne nam het ontwerp niet in behandeling, omdat volgens hem de dieren ook zonder wettelijke voorschrift voldoende bescherming genoten. 'Advies van den voorzitter van den Gezondheidsraad, dd. 21 februari 1934, aan den minister van Sociale Zaken, betreffende vivisectie'. Dit advies bevat een historisch overzicht van de bemoeienissen van de overheid met vivisectie.
102. *Archief GR (oud)*, nr. 2117, 'Advies Gezondheidsraad, 8-4-1954'.
103. Vanaf de jaren zestig riep de overheid voor de beoordeling van algemene vraagstukken op het terrein van de vivisectie de hulp van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in.
104. De Gezondheidsraad had al in 1934 een advies met deze strekking uitgebracht. Overigens hielp een reeks adviezen die de Gezondheidsraad in de jaren tachtig over de zogenoemde LD-50 proef (giftigheidstest) uitbracht het gebruik van proefdieren te beperken.
105. In vele boeken en brochures heeft Samuels zijn theorie uiteengezet. Zie bijvoorbeeld: *De ontdekking van de oorzaak en genezing van kanker*.
106. Ook andere ziekten werden volgens Samuels veroorzaakt door het disfunctioneren van het hormoonstelsel.

107. *Archief GR (oud)*, nr. 2332, 'Bemoeiingen van de Gezondheidsraad inzake de behandelingsmethode van Dr. J. Samuels, te Amsterdam'.
108. In oktober 1946 liep een poging van Kersbergen om een nieuw onderzoek in te stellen op niets uit, omdat Samuels geen medewerking verleende.
109. Deze gegevens ontleende hij aan het rapport van de commissie uit 1941 en aan mededelingen van een voormalig assistent van Samuels.
110. Het rapport werd integraal opgenomen in de *Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid*. 'Rapport inzake de behandelingsmethode Dr. Samuels'. Het stuk bevatte schrijnende voorbeelden van het gevaar van de behandelingsmethode van Samuels.
111. Tot teleurstelling van Samuels werd Drees niet ter verantwoording geroepen. Ook verloor hij een rechtszaak van Brutel de la Rivière, van wie hij f 100.000 schadevergoeding had geëist. *Archief GR (oud)*, nr. 2332.
112. *Archief GR (oud)*, nr. 913; *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 99 (1955) 270-271 en 286-301.
113. Aanleiding voor deze rechtszaak was een onderzoek van de Vara-ombudsman, waaruit bleek dat Samuels aan (wanhopige) kankerpatiënten bestralingskastjes verkocht die geen kankerbestrijdende werking hadden. Een volkomen gezonde medewerkster van het Vara-ombudsteam die zich door Samuels had laten onderzoeken, kreeg ook het advies de apparatuur te kopen. De Gezondheidsraad kreeg later van de regering nogmaals het verzoek een omstreden behandeling te beoordelen, ditmaal de zogenoemde chelatiebehandeling (toegepast bij patiënten met hart- en vaatziekten). In haar advies uit 1983 stelde de betrokken commissie dat het nut van chelatietherapie onbewezen was. Ondanks actie van de inspectie, een rechtszaak (waarin de landsadvocaat zich met succes beriep op het advies van de Gezondheidsraad) en een tuchtrechterlijke uitspraak, bleef de chelatiebehandeling populair.
114. Een derde advies uit deze categorie had betrekking op het medisch ambtsgeheim. Het betrof een beoordeling van de inbeslagname van een verklaring van overlijden door een officier van justitie. *Archief GR (oud)*, nr. 2011, 'Advies Gezondheidsraad, 19-2-1948'.
115. *Advies GR* 1987/3, 34 en 49.
116. De doodstraf was in Nederland toentertijd nog niet afgeschaft.
117. *Archief GR (oud)*, nr. 2015, 'Advies Gezondheidsraad, 19-12-1946'.
118. *Archief GR (oud)*, nr. 2015, 'Notulen Commissie inzake corneatransplantaties, 21-12-1948'; *Ibidem*, *Advies Gezondheidsraad*, 11-2-1949'.
119. Doorenbos, 'De Centrale Commissie voor de Hoornvliescentra'.
120. *Archief GR (oud)*, nr. 2015, 'Brief E.C. Gravemeyer aan P.A. van Luijt, 21-9-1952'.

HOOFDSTUK 7

1. *Archief GR*, zonder nr., 'Afscheid van Dr. J. Wester als Voorzitter van de Gezondheidsraad en Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 28-2-1966', 6-7.
2. Zie voor biografische informatie over Wester: Prakken, 'Dr. J. Wester 65 jaar'; '1955-1966 Dr. J. Wester', *VMVGZ* 1966, 261-279; *Archief GR*, zonder nr., 'Afscheid van Dr. J. Wester'.
3. Begin jaren dertig leerde Wester de latere directeur-generaal van de Volksgezondheid Muntendam kennen, die op dat moment controlerend geneesheer bij Centraal Beheer was. De vriendschap die tussen hen ontstond, was van grote betekenis voor de verdere carrière van Wester. Zo speelde Muntendam een belangrijke rol bij vier benoemingen van Wester.
4. Voor de oorlog had Wester als deskundig niet-lid zitting in de Commissie inzake het reumatiekvraagstuk van de Gezondheidsraad.
5. Wester discussieerde geregeld met zijn vriend en directeur-generaal van de Volksgezondheid Muntendam over actuele politieke kwesties. De voormalige staatssecretaris slaagde niet in zijn streven Wester ertoe te bewegen zich aan te sluiten bij de PvdA.
6. K.B. van 11 januari 1955 (*Stb.* 36). Na de inwerkingtreding van de Gezondheidswet van 1956 werd de benoeming bekrachtigd bij K.B. van 2 december 1957 (*Stb.* 11).
7. Als blijk van erkentelijkheid voor zijn werk voor het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid kreeg Wester op zijn afscheidsbijeenkomst de ministeriële legpenning in brons uitgereikt.

8. In tegenstelling tot de Gezondheidswet van 1919 geeft de Gezondheidswet van 1956 een bijna compleet overzicht van de werkwijze van de Gezondheidsraad. De bepalingen uit laatstgenoemde wet corresponderen in grote lijnen met die uit de Gezondheidswet van 1919 en het daarbij behorende uitvoeringsbesluit van 19 februari 1920. Zie voor een beschrijving van de werkwijze van de Gezondheidsraad: paragraaf 4.1.4.
9. Zoals gezegd, was de vacatiegeldregeling, waarop ambtshalve leden geen recht hebben, in 1954 ingevoerd. In 1957 werd de vergoeding verdubbeld tot f 20 per bijgewoonde vergadering. Op dit moment bedraagt het vacatiegeld f 150.
10. De leden van de Raad hadden sinds het van kracht worden van de Gezondheidswet van 1956 niet meer de bevoegdheid woningen en gebouwen te inspecteren.
11. Aan het verzoek van minister Suurhoff om minstens eens per jaar de Gezondheidsraad in pleno bijeen te roepen, werd door Wester geen gehoor gegeven. *Archief GR (oud)*, nr. 2323, 'Brief J. Wester aan J.H. Bannier, 25-4-1958'.
12. Sinds het van kracht worden van de Gezondheidswet van 1956 waren onder de ambtshalve leden geen vertegenwoordigers meer te vinden van artsorganisaties. Het aantal leden van de Raad bleef in de 'periode-Wester' rond de 80 schommelen, onder wie 21 tot 30 ambtshalve leden.
13. In de 'periode-Wester' ontving de Gezondheidsraad niet alleen adviesaanvragen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, maar ook van de directeur-generaal van de Volksgezondheid en de Atoomcommissie (zie paragraaf 7.2.5).
14. Mondelinge mededeling dr. M. van Eekelen. Volgens dr. L.B.J. Stuyt kwam het vaker voor dat commissieleden als gevolg van het autoritaire beleid van Wester zich niet meer in de Dr. Kuiperstraat 8 lieten zien. Na afloop van zijn ambtsperiode trachtte Wester zijn opvolger Haex ervan te overtuigen dat de voorzitter van de Raad zijn macht niet uit handen moest geven. Hij wees daarom het plan van Haex van de hand om ter ondersteuning van de vele taken van de voorzitter een College van Advies en Bijstand op te richten (zie paragraaf 8.1.4).
15. Mondelinge mededeling dr. R.J.H. Kruisinga. Tekenend was ook de opvatting van Wester dat de adviezen van de Gezondheidsraad niet door commissies, maar door de voorzitter van de Raad werden uitgebracht. Zie bijvoorbeeld: *Archief GR (oud)*, nr. 2323, 'Brief J. Wester aan J.G. Suurhoff, 6-1-1958'. Deze mening was en is in strijd met art. 31 van de Gezondheidswet, waarin staat dat de voorzitter zorg moet dragen 'voor spoedige doorzending' van het advies van de commissie. Hij was en is wel bevoegd eventuele bezwaren tegen het advies bij de minister kenbaar te maken.
16. Met uitzondering van enkele secretarissen waren alle personeelsleden voor beide raden inzetbaar.
17. *Archief DGVGZ*, nr. 13877, 'Brief J. Wester aan P. Muntendam, 19-6-1964'. Wester bevorderde het saamhorigheidsgevoel op het secretariaat door bij aanvang van iedere werkdag een korte bijeenkomst te beleggen met de vaste stafleden. Tijdens dit 'ochtendgebed' stelden de secretarissen elkaar op de hoogte van de verrichte arbeid en werd het programma van de komende dag besproken. *Archief GR (oud)*, zonder nr., 'Afscheid van Dr. J. Wester', 17-18. Zie voor een beschrijving van de verhouding tussen de Gezondheidsraad en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in deze jaren: *Festen, Spanningen in de gezondheidszorg*, 64-68.
18. In de 'periode-Wester' werden ook de (technische) voorzieningen van het secretariaat op orde gebracht. Zo werden eind jaren vijftig de eerste bandrecorders in gebruik genomen, die bedoeld waren voor het vastleggen van de commissievergaderingen. Deze apparatuur, zij het in een verkleinde uitvoering, is nog altijd een van de belangrijkste hulpmiddelen van de secretaris.
19. Belangrijke steunpilaren voor Wester waren de artsen mevr. E.M. Bruijn en F.N. Sickenga, de stralingsdeskundige H. Huizenga en de juriste E. Kentie. De groei van het personeelsbestand kon worden gerealiseerd dank zij het feit dat de overheid ieder jaar meer geld toeweest. De begroting van de Gezondheidsraad steeg van f 88.281 in 1955 tot f 763.700 in 1966. Daarnaast groeide het budget van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van ruim f 100.000 tot bijna f 400.000.
20. Scheijde was sinds september 1957 in dienst bij de Gezondheidsraad. Hij was de opvolger van Kettlitz, die tien jaar lang de secretaris was geweest.
21. *Archief ministerie van Financiën*, nr. 1.771, map 1, diverse niet-genummerde stukken. Mede naar aanleiding van de bevindingen van het organisatiebureau, dat in januari 1958 een tweede rapport uitbracht, werd de wetenschappelijke staf van de Raad uitgebreid.
22. K.B. van 17 april 1958 (*Stb.* 36).
23. 'Jaarverslag 1958 van de Gezondheidsraad', *VMVGZ* 1960, 645.
24. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1964', *VMVGZ* 1966, 567.

25. H.S.G. 1965-1966, II, bijlage 8462.
26. H.S.G. 1965-1966, II, bijlage 8462.1, 161 en 208.
27. Het wetsontwerp had verstrekkende gevolgen voor taak en samenstelling van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. H.S.G. 1966-1967, II, bijlage 9023.
28. H.S.G. 1967, II, bijlage 9023.5.
29. *Archief DGVGZ*, nr. 13877, 'Brief J. Wester aan P. Muntendam, 19-6-1964'.
30. Zou het voorzitterschap van de twee raden worden gecombineerd, dan had hij voorkeur voor de hoogleraren A.Th.L.M. Mertens (sociale geneeskunde), J.B. Stolte (ziekenhuiswezen) en C.L.C. van Nieuwenhuizen (cardiologie). *Archief DGVGZ*, nr. 13877, 'Brief R.J.H. Kruisinga aan A.J.H. Bartels, 19-2-1966'.
31. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 121-124.
32. Mondelinge mededeling prof. dr. A.J.Ch. Haex.
33. *Knipselarchief B.S. Korsten*, deel II. Volgens enkele direct betrokkenen was er, naast de brede medische kennis van Haex, nog een andere reden voor zijn benoeming tot voorzitter van het adviescollege, namelijk de vriendschap tussen Haex en Veldkamp (bron: mondelinge mededelingen dr. H. Huizenga, dr. R.J.H. Kruisinga en dr. L.B.J. Stuyt). Overigens ontkende Veldkamp in 1977 zich in zijn periode als minister te hebben laten leiden door vriendjespolitiek. Van Meurs, *De Zwolsman-connection*, 42.
34. De adviezen van de commissies uit deze periode werden rechtstreeks aangeboden aan de bewindsman.
35. Wel werden er adviezen uitgebracht door commissies die in de 'periode-Wester' waren geïnstalleerd.
36. Festen, *Spanningen in de gezondheidszorg*, 121.
37. *Archief DGVGZ*, nr. 17187, diverse briefwisselingen.
38. Haex was bij K.B. van 31 augustus 1966 (*Stb.* 23) aangewezen als toekomstig voorzitter van de Gezondheidsraad.
39. Dit waren Charlotte Ruys en de plaatsvervangend voorzitter onder Wester, De Jongh. Volgens laatstgenoemde leidde de benoeming van een part-time voorzitter 'tot vermindering van de omvang en verlaging van het peil der werkzaamheden'. *Archief GR (oud)*, zonder nr., 'Brief A.Ch. Ruys aan A.J.Ch. Haex, 9-12-1966'; *Ibidem*, 'Brief S.E. de Jongh aan A.J.Ch. Haex, 13-12-1966'.
40. Daarbij inbegrepen zijn twintig adviezen die tussen 1 maart 1966 en 15 november 1966 het licht zagen.
41. *Archief GR (oud)*, nr. 2301, 'Brief P. Muntendam aan J. Wester, 1-11-1957'.
42. *Archief GR (oud)*, 'Brief P.L. Stal aan P. Muntendam, 6-11-1957'. Uit het onderzoek van de 'kleine commissie', die tot 1951 uit Brouwer, Van Bouwdijk Bastiaanse en Gorter bestond, bleek dat encefalitis minder vaak voorkwam dan aanvankelijk werd aangenomen.
43. Daarin zaten - naast vier vertegenwoordigers van de inspectie - Wester, Nanning, Verjaal en de oud-hoogleraar in de neurologie en hoofd van het Laboratorium voor Neuro-pathologie van de Neurologische Kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht E. de Vries.
44. *Advies GR* 1959/6.
45. Sinds september 1959 heette de Encefalitiscommissie officieel 'Commissie inzake Encephalitis postvaccinalis en andere verwikkelingen ten gevolge van de vaccinatie'. Daarvan waren lid: Beunders, Gispen, Nanning, Polak, Ruys, Verjaal, Verlinde, De Vries, Wester, de epidemioloog van de Geneeskundige Inspectie B.V. Bekker, schout-bij-nacht en chef van de Militair Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Marine W.A. Borgeld, de hoogleraar in de pediatrie W.K. Dicke, geneeskundig hoofdinspecteur H.J. Dijkhuis, de hoogleraar in de pathologische anatomie Th.G. van Rijssel, en de internist L.B.J. Stuyt. In juli 1960 werd Borgeld wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd opgevolgd door schout-bij-nacht W.A. de Haan. Drie maanden eerder was Dicke om gezondheidsredenen teruggetreden. De 'kleine commissie' bestond sinds 1959 uit Wester, Nanning, Verjaal, De Vries en Dicke. Laatstgenoemde werd in 1960 opgevolgd door W. van Zeben, geneesheer-directeur van het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag.
46. *Advies GR* 1961/1.
47. *Advies GR* 1963/23.
48. De commissie bestond uit twintig leden. Behalve de reeds genoemde Wester, Bekker, Beunders, Dekking, Dijkhuis, Frenkel, Gispen, Nanning, Stuyt, Verjaal en Verlinde waren dit: G. Blomhert, internist; W.J. Bruins Slot, hoogleraar in de interne geneeskunde; H. Bijkerk, geneeskundig inspecteur; J.H. Driessen, bacterioloog; F.A.J. Enschedé, kinderarts; J.E. Minkenhof, internist; J. van der Noordaa, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Virologie van het Laboratorium voor

Gezondheidsleer van de Universiteit van Amsterdam; A.L. Noordam, epidemioloog van de GG&GD van Amsterdam; en J. Huisman, epidemioloog van de GG&GD van Rotterdam, tevens secretaris-rapporteur van de commissie.

49. Bekker, Beunders, Bijkerk, Dekking, Driessen, Dijkhuis, Huisman, Minkenhof, Van der Noordaa, Noordam en Verjaal onderschreven het meerderheidsstandpunt. Laatstgenoemde wees de bevordering van de vaccinatie onder risicogroepen ook van de hand.
50. *Advies GR 1966/10.*
51. *H.S.G. 1966-1967, II, aanhangsel, 213 en 479; 'Gezondheidsraad verslag 1966-1969', VMVGZ 1970, 14.*
52. Bij het zuigelingenonderzoek werden ook de Bern- en de Ecuadorstam betrokken. Ook in vergelijking met deze stammen vertoonde infectie met de Elstreestam een milder beloop. Polak, 'Vergelijking van twee vaccinia-stammen bij enting van zuigelingen'.
53. *Advies GR 1966/9.* Overigens werd de dood van vijftien zuigelingen in 1963 en 1964 in verband gebracht met de pokkenvaccinatie.
54. Van der Noordaa, *Primary vaccination of adults with an attenuated strain of vaccinia virus.*
55. Onder Wester, en ook onder zijn opvolgers Haex en Stuyt, bleven vele commissies naamloos. De hier bedoelde commissie bestond uit Wester, Verlinde, één van de directeurs van het RIV H.H. Cohen, het hoofd van de controle-afdeling voor vaccins van Philips/Duphar E. Hertzberger, en het hoofd van het Laboratorium voor Serum- en vaccincontrole van het RIV H.P. Lansberg.
56. *Advies GR 1967/1.*
57. Zie paragraaf 6.2.2.
58. *Archief GR (oud), nr. 1623, 'Memorandum over B.C.G.vaccinatie door dr. C.R.N.F. van Joost, 9-8-1956'.*
59. *Advies GR 1959/4.*
60. In dit advies werd een reeks van maatregelen opgesomd voor de bescherming van verplegend personeel. *Advies GR 1958/12.*
61. *Archief GR (oud), nr. 2366, 'Brief P. Muntendam aan C. Banning, 13-12-1958'.*
62. *Advies GR 1961/6.* Van Joost had zich in april 1960 uit de betrokken commissie teruggetrokken, omdat de Geneeskundige Inspectie een wettelijke verplichting van het tuberculine-onderzoek niet aanvaardbaar vond.
63. Met het tuberculine-onderzoek bij leerlingen was in 1958 een aanvang gemaakt. Muntendam, 'Tuberculose-eradicatie?', 1387.
64. Onder een potentiële besmettingsbron verstond de commissie een persoon die met de tuberkelbaci was geïnfecteerd, maar geen ziekteverschijnselen vertoonde.
65. *Advies GR 1962/10.*
66. Dijkhuis was de opvolger van Banning, die na een dienstverband van twintig jaar in 1959 met pensioen was gegaan.
67. *Archief GR (oud), nr. 2364, 'Brief H.J. Dijkhuis aan J. Wester, 13-3-1961'.*
68. *Archief GR (oud), nr. 2364, 'Brief J. Wester aan Ch.J.M.A. van Rooy, 23-3-1961'.*
69. Wester drong in zijn nota ook aan op goede salariering van tuberculose-artsen. *Advies GR 1965/12.*
70. Wester berichtte de minister dat hij bij uitvoering van de voorstellen zijn borst nat kon maken, omdat de bestuurders van de plaatselijke organisaties fel gekant waren tegen aantasting van hun autonome positie. *Advies GR 1965/24.*
71. *Advies GR 1966/6.*
72. *Archief GR (oud), nr. 2364, 'Brief A.J.H. Bartels aan de voorzitter van de Gezondheidsraad, 22-6-1966'; H.S.G. 1966-1967, II, 729.*
73. Zie voor een historisch overzicht van het poliobeleid in Nederland: Maas, *Parlement en Polio.*
74. Maas, *Parlement en Polio*, 93.
75. Zie voor een overzicht van het aantal poliogeveallen in Nederland in de periode 1924-1929: Terburgh, 'De epidemiologie der poliomyelitis in Nederland'.
76. Douma en Velema, *Polio afwachten of afweren?*, 13.
77. De laatste jaren werkt Salk aan de ontwikkeling van een vaccin tegen AIDS.
78. Douma en Velema, *Polio. Afwachten of afweren?*, 15-16.
79. Hofman, 'Vaccinatie tegen poliomyelitis', 144.

80. Wester, Gispen, Ruys, Verlinde en de hoogleraar in de kindergeneeskunde S. van Creveld maakten gedurende de hele periode deel uit van de Poliocommissie. Verder hadden in de commissie zitting: Banning (1955-1959), Dicke (1955-1962), S.J.C. Dunlop (1955-1956), Hemmes (1955-1956), Van Loghem (1955-1957), Muntendam (1957-1964), Dijkhuis (1957-1964), de hoogleraar in de kindergeneeskunde J.H. de Haas (1957-1964), Polak (1957-1963), Bekker (1958-1966), geneeskundig inspectrice C.A. Hannink (1958-1966), Stal (1959-1964), Dekking (1962-1964), het hoofd van het Poliomyelitisvaccin-laboratorium van het RIV B. Hofman (1962-1966), Noordam (1962-1966), Van Zeven (1962-1966), Cohen (1965-1966) en Huisman (1965-1966).
81. Op de afdeling Bacteriologie en Experimentele Pathologie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werd onder leiding van commissielid Verlinde een onderzoek verricht volgens de 'methode-Sabin'. Het was het enige onderzoek dat in Nederland op het terrein van de poliobestrijding plaatsvond.
82. In Nederland trad polio in 75 procent van de gevallen op bij kinderen onder de vijf jaar.
83. *Advies GR 1955/1; Ibidem 1956/3.*
84. 'Inenting tegen kinderverlamming'.
85. *Advies GR 1956/6.*
86. *Advies GR 1956/10.*
87. H.S.G. 1956-1957, II, bijlage 4413.6, 1. Ruim drie jaar later, begin 1960, kon het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid aan de binnenlandse vraag voldoen. Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 280.
88. *Archief GR (oud)*, nr. 1946, 'Organisatie van landelijke immunisatie tegen poliomyelitis, 23-5-1957'.
89. Maas, *Parlement en Polio*, 97.
90. *Advies GR 1960/3.*
91. Zie bijvoorbeeld: Dekking, 'Recente publikaties over vaccinatie met levend poliovaccin'.
92. *Advies GR 1961/5.*
93. De commissieleden Bekker en Verlinde stemden met deze handelwijze in. *Archief GR (oud)*, nr. 2351, 'Overzicht van de essentiële punten uit de bespreking van 26 april 1961'.
94. *Archief GR (oud)*, nr. 2351, 'Brief J. Wester aan P. Muntendam, 4-7-1961'.
95. *Archief GR (oud)*, nr. 2351, 'Brief P. Muntendam aan J. Wester, 6-7-1961'. Sindsdien boog de Poliocommissie zich geregeld over voorstellen van de geneeskundig hoofdinspecteur over het te voeren poliovaccinatiebeleid.
96. *Archief GR (oud)*, nr. 2353, 'Nota over het polio-vaccinatie-beleid uitgebracht door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, oktober 1961'.
97. *Advies GR 1962/8.*
98. 'Jaarverslag 1962 van de Gezondheidsraad', *VMVGZ 1963*, 824.
99. *Advies GR 1963/18*, begeleidingsbrief, 1. In 1963 werd ter bestrijding van een polio-explosie op Tholen ook van Sabinvaccin gebruik gemaakt.
100. De minderheidsnota van Dijkhuis blijft onbesproken.
101. *Advies GR 1963/8.*
102. H.S.G. 1963-1964, II, aanhangsel, 159.
103. *Advies GR 1964/2.*
104. Het advies vermeldt niet welke leden van de commissie een afwijkend standpunt innamen. *Advies GR 1964/10.*
105. *Advies GR 1965/5.*
106. *Advies GR 1966/18.*
107. *Archief GR (oud)*, nr. 2351, 'Brief P. Muntendam aan A.J.H. Bartels, 11-7-1966'.
108. H.S.G. 1966-1967, II, aanhangsel, 285.
109. '1955-1966 Dr. J. Wester', *VMVGZ 1966*, 270.
110. Zie respectievelijk paragraaf 4.2.3 en 5.3.3.
111. Uit een door de Gezondheidsorganisatie TNO verricht onderzoek bleek dat volgens deze norm in ieder geval de gemeenten Amersfoort, Barendrecht, Gouda, Moordrecht en Zutphen niet tot jodering van broodzout moesten overgaan.
112. *Advies GR 1960/25.*
113. *Advies GR 1963/10.*
114. Het KJ-gehalte per kg zout werd in 1968 vastgesteld op 41 tot 51 mg. *Advies GR 1981/10*, 21.
115. O. Backer Dirks en K.C. Winkler, 'Fluoridering van het drinkwater in Nederland'.

116. *Archief GR (oud)*, nr. 2316, 'Brief P. Muntendam aan J. Wester, 22-7-1955'.
117. In de Verenigde Staten was de drinkwaterfluoridering in verschillende gemeenten en staten onderwerp geworden van een politiek conflict van formaat. *Archief GR (oud)*, nr. 2316, 'Verzoek aan Zijne Excellentie de Minister van Sociale Zaken tot instelling van een Fluorcommissie (...)'.
 118. *Archief GR (oud)*, nr. 2315, 'Brief O. Backer Dirks en K.C. Winkler aan P. Muntendam, 12-4-1960'. Backer Dirks en Winkler zaten in de Fluorcommissie van de Gezondheidsraad.
119. *Advies GR* 1960/6. In december 1960 somde de commissie in een apart advies haar bezwaren op tegen het op de markt brengen van geï fluorideerde tandpasta's. *Advies GR* 1960/30.
120. Ook Muntendam, de KNMG en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde juichten de inhoud van het rapport toe. *H.S.G.* 1960-1961, II, bijlage 6100.XII.15, 22.
121. *H.S.G.* 1960-1961, I, bijlage 6100.90a, 17.
122. Zie bijvoorbeeld: 'Juridische en ethische bezwaren tegen fluoridering van leidingwater'.
123. In deze commissie hadden, met uitzondering van Wester, geen leden van de Gezondheidsraadcommissie zitting. Wel maakte oud-minister Van Rooy deel uit van het gezelschap.
124. 'Advies (...) inzake de bezwaren ingebracht tegen verhoging van het fluoridegehalte van het drinkwater', 1429-1465.
125. *Medisch Contact* 21 (1966) 835.
126. Korteweg, 'Roken en longkanker'.
127. Het thema 'roken' was al eerder op de agenda van de (Centrale) Gezondheidsraad verschenen. Zie paragraaf 3.2.6 en 4.2.6.
128. *Advies GR* 1956/2.
129. De discussie in de regering over het al dan niet gehoor geven aan de oproep van de commissie, was de reden dat het advies met één jaar vertraging werd gepubliceerd.
130. *Archief GR (oud)*, nr. 2249, 'Toelichting rapport over het verband tussen roken en longkanker, 15-3-1957'.
131. *Advies GR* 1957/6.
132. *H.S.G.* 1961-1962, II, bijlage 6500.XV.19, 13. De voorganger van Veldkamp, Van Rooy, verwachtte ook geen resultaat van een door de overheid georganiseerde campagne. Hij gaf in de Eerste Kamer toe een zwaar roker te zijn en 'zou nogal een ommezwaai moeten maken om propaganda te maken voor niet-roken'. *H.S.G.* 1959-1960, I, 3299.
133. *Medisch Contact* 19 (1964) 85 en 268.
134. *Medisch Contact* 20 (1965) 54. Waarschijnlijk was ook een accijnsverhoging van f 0,25 per pakje sigaretten van invloed op de dalende verkoopprijzen.
135. Een van de onderwerpen die onbesproken blijven is 'proeven op mensen'. In een advies stelde een commissie van de Raad mogelijke richtlijnen op voor medische experimenten bij mensen. Aanleiding was het bericht dat in de Verenigde Staten proeven op gevangenen werden verricht. *Advies GR* 1955/2.
136. Schellen, *Artificial insemination in the human*.
137. *Advies GR* 1960/22, 4-10.
138. *H.S.G.* 1955-1956, II, bijlage 3767.16, 14-15.
139. *H.S.G.* 1956-1957, II, 2969-2970.
140. *Advies GR* 1960/22, 1-2.
141. *H.S.G.* 1958-1959, II, 2178.
142. *H.S.G.* 1958-1959, I, 2175.
143. *Archief GR (oud)*, nr. 2271, 'Verslag van de bespreking met de heer Dr. A.M.C.M. Schellen, 20-11-1958'.
144. Daarom nam Wester de voorzitter van de commissie van de KNMG, H. de Boer, in de commissie van de Gezondheidsraad op.
145. 'Rapport van de studiegcommissie inzake kunstmatige inseminatie bij de mens', 121.
146. De commissie definieerde kunstmatige inseminatie als 'het langs kunstmatige weg inbrengen in de vagina van sperma dat door masturbatie of eventueel coïtus interruptus of condomatusus verkregen is; is het sperma afkomstig van een echtgenoot, dan spreekt men van inseminatie binnen het huwelijk of k.i.e., is het afkomstig van een andere man, dan spreekt men van donor-inseminatie of k.i.d.'.
147. *Advies GR* 1960/22.

148. Het rapport van de commissie van de Maatschappij verscheen in december 1961. 'Rapport van de studiecommissie inzake kunstmatige inseminatie bij de mens'; *Archief GR (oud)*, nr. 2271, 'Brief G. Dekker aan J. Wester, 18-1-1963'.
149. Muntendam en Wester waren nauw bij de samenstelling van de commissie betrokken. *Archief GR (oud)*, nr. 2273, 'Verslag vergadering, 13-4-1961'.
150. In twee minderheidsnota's werd gepleit voor respectievelijk een verbod van KID en het niet wettelijk bekrachtigen van kunstmatige bevruchtingsmethoden. Daarnaast was aan het rapport een nota van Sickenga toegevoegd. Daarin werd betoogd dat als de minister het advies van de meerderheid van de commissie-Verveen zou opvolgen om de donorinseminatie niet strafbaar te stellen, de verantwoordelijkheid om voor misbruiken te waken bij de medische stand berustte. Sickenga ontwierp een circulaire die aan alle artsen werd opgestuurd. Dit rondschrijven bevatte enkele zorgvuldigheidseisen. Zie voor het rapport van de commissie-Verveen: 'Commissie inzake kunstmatige inseminatie bij de mens'. Tegelijkertijd met de publikatie van het rapport-Verveen werd het uit 1960 daterende advies van de commissie van de Gezondheidsraad openbaar gemaakt.
151. De eerste geslachtsaanpassende operatie vond plaats in Duitsland in het begin van de jaren dertig.
152. Zie: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 103 (1959) 2647-2649 en 104 (1960) 302-303, 356-357, 535-538 en 740-743.
153. *Advies GR 1977/16*, 16 en 20-21; Van Emde Boas, 'De behandeling van transseksisten in Nederland 1953-1973', 476.
154. *Advies GR 1965/19*, 1.
155. 'Jaarverslag 1960/1961 Gezondheidsraad', *VMVGZ* 1963, 850.
156. Volgens de commissie behoorde het effect van geslachtsaanpassing uiterst kritisch te worden beoordeeld, omdat 'het transsexisme een psychogene stoornis is die een waan benadert (...) en dat de algemene ervaring betreffende (plastische) operaties op basis van psycho-neurotische klachten ongunstig is'. Samenvattend meende de commissie 'dat er onvoldoende argumenten aanwezig zijn om transsexisme operatief, d.w.z. in geslachtstransformerende zin, te behandelen. Doet men dit toch, dan dient men zich te realiseren, dat aan elke zodanige ingreep een onbekend groot risico verbonden is, niet alleen in somatische maar vooral ook in psychologische zin en dat omtrent het effect geen enkele zekerheid bestaat. Na ampele overwegingen van het bovenstaande spreekt de Commissie als haar oordeel uit, dat in redelijkheid niet mag worden gesteld, dat in sommige gevallen van een operatieve geslachtstransformatie (psycho-) therapeutisch effect te verwachten valt.' *Advies GR 1965/19*.
157. Van Emde Boas, 'De behandeling van transseksisten in Nederland 1953-1973', 476.
158. Zie voor een historische analyse van de activiteiten van de Gezondheidsraad op het terrein van de stralingshygiëne: Meershoek, *De constructie van adviezen*.
159. Spaander, 'De gevaren verbonden aan toenemend contact van de bevolking met ioniserende stralen', 3111.
160. Zie paragraaf 3.2.9.
161. Deze wetten dateerden uit respectievelijk 1934 (*Stb.* 352), 1935 (*Stb.* 793) en 1952 (*Stb.* 274).
162. *Archief GR (oud)*, nr. 573, 'Commissie voor Atoomenergie'.
163. Wester speelde sommige vragen door naar andere commissies van de Gezondheidsraad. Overigens kwam in 1960 de adviseur voor radioactieve aangelegenheden van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid de gelederen van het secretariaat van de Gezondheidsraad versterken. Het betrof de latere algemeen secretaris Huizenga.
164. *Advies GR 1958/8*. Daarnaast was het de gewoonte dat directeur-generaal Muntendam vooraf de adviezen inzag om eventuele bezwaren van het departement tijdig kenbaar te kunnen maken. *Advies GR 1960/10*, 1.
165. *Advies GR 1960/7*, 28.
166. Wester, 'Coördinatie bij het geven van richtlijnen', 15.
167. Straling werd gezien als mogelijke oorzaak van leukemie.
168. Zie voor een historische analyse van de activiteiten van de Gezondheidsraad op het terrein van de toxicologie: Berghuijs, *Toxicologische beoordeling van stoffen door de Gezondheidsraad*.
169. *Advies GR 1967/4*.
170. Deze commissie werd opgeheven in 1990, omdat voorzitter Ginjaar haar niet goed vond passen bij de wetenschappelijke taakstelling van de Gezondheidsraad.

171. *Archief GR (oud)*, nr. 2444, 'Plaats, taak en organisatie van de Nationale Commissie voor de Gezondheidsstatistieken van de Gezondheidsraad, augustus 1958'.
172. 'Jaarverslag 1960/1961', *VMVGZ* 1962, 1504 en 1566.

HOOFDSTUK 8

1. Daarnaast maakte hij vooral 's avonds en in het weekend vele overuren voor de Raad.
2. Mondelinge mededelingen prof. dr. A.J.Ch. Haex.
3. Dit laatste departement had hij onder meer van advies gediend over de reorganisatie van de voorlichtingsdienst. *Knipselarchief B.S. Korsten*, deel I.
4. *Knipselarchief B.S. Korsten*, deel II.
5. K.B. van 20 november 1969 (*Stb.* 3).
6. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1970', *VMVGZ* 1971, 5.
7. *Knipselarchief B.S. Korsten*, deel II.
8. *H.S.G.* 1969-1970, II, aanhangsel, 2625. De versie van Kruisinga is een andere. Hij zou wel degelijk door het kabinet en door Roolvink in het bijzonder onder druk zijn gezet onder de desbetreffende kennisgeving ook zijn handtekening te plaatsen. Kruisinga weigerde, omdat hij het onderzoek in de zaak-Korsten, met name de tuchtrechtszaken, onvoldoende gevorderd vond om tot opheffing van het buitengewoon verlof over te gaan. De staatssecretaris accepteerde het besluit van het kabinet, en daarmee de terugkeer van Haex, omdat hij de zaak niet zwaar genoeg vond voor een principiële stellingname. Bron: mondelinge mededeling dr. R.J.H. Kruisinga. Haex verklaart 'de handtekeningenkwesitie' anders. Volgens hem probeerde Kruisinga de zaak-Korsten aan te grijpen om Haex, met wie hij niet kon opschieten, aan de kant te zetten.
9. Het aantal personeelsleden van de Gezondheidsraad nam onder Haex met ruim dertig procent toe.
10. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1972', *VAR* 1974, nr. 5, 6.
11. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1980', *VAR*, nr. 60, 4.
12. Door de verhuizing moest de bibliotheek van de twee raden worden gescheiden. De recent verschenen medisch-wetenschappelijke literatuur, met uitzondering van bijdragen over de sociale geneeskunde, ging met de Gezondheidsraad mee. De oude collecties, zoals de waardevolle periodieken van de Centrale Gezondheidsraad, wist de voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, amateur-historicus H. Festen, voor de bibliotheek van zijn Raad te behouden. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid, sinds 1982 Nationale Raad voor de Volksgezondheid geheten, is op dit moment gevestigd aan de Boerhaavelaan 1 in Zoetermeer.
13. *Archief GR*, cie 90, zonder nr., 'Brief A.J.Ch. Haex aan G.M.J. Veldkamp, 1-2-1967'.
14. *Archief DGVGZ*, nr. 13876, 'Brief A.J.Ch. Haex aan R.J.H. Kruisinga, 28-4-1967'.
15. *Archief GR*, cie 90, zonder nr., 'Brief R.J.H. Kruisinga aan A.J.Ch. Haex, 27-11-1967'.
16. *Archief GR*, cie 90, 'Map stafbesprekingen 1968/69 en 1970/1974'.
17. 'Volksgezondheid' ressorteerde in deze periode respectievelijk onder het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid (tot juli 1971), Volksgezondheid en Milieuhygiëne (tot november 1982) en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Laatstgenoemd ministerie is nog altijd verantwoordelijk voor het volksgezondheidsbeleid.
18. Onder hen bevonden zich de huidige voorzitter van de Gezondheidsraad L. Ginjaar en de latere directeur-generaal van de Volksgezondheid J. van Londen.
19. *Witboek inzake de ondersteuningsstructuur t.b.v. de Voorzitter van de Gezondheidsraad*, 5.
20. Mondelinge mededelingen mw. dr. E. Borst-Eilers, prof. dr. S.A. de Lange en mr. H.J. de Roy van Zuydewijn.
21. De Roy van Zuydewijn, 'Het werk van de Gezondheidsraad', 755.
22. Hierbij handelde de voorzitter volgens de Algemene Rekenkamer niet altijd volgens de regels. Zo constateerde de Algemene Rekenkamer in haar verslag van 1981 dat Haex 'gedurende een reeks van jaren zonder beperking en op een kostbare wijze gebruik heeft gemaakt van dienstvervoer en vervoer per taxi'. *Verslag Algemene Rekenkamer 1981*, 259-261. Overigens gebeurde dat 'screenen' vaak ook tijdens een etentje in het Haagse etablissement Royal.
23. Ook het aantal leden van de Gezondheidsraad nam in de 'periode-Haex' sterk toe: van 88 in 1965 tot 164 in 1983.

24. *GR jaarverslag* 1983, 13. Dit waren cardiologie, celbiologie, chirurgie, economie, epidemiologie, farmacologie, geschiedenis van de geneeskunde, gezondheidsrecht, gynecologie en verloskunde, hematologie, huisartsgeneeskunde, immunologie, algemene interne geneeskunde, kindergeneeskunde, medische microbiologie, medische psychologie, neurochirurgie, neurologie, pathologie, radiobiologie, stralingshygiëne, toxicologie en ziekenhuismanagement.
25. *Archief GR*, cie 90, nr. 325.
26. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1982', *VAR* 1983, nr. 9, 13.
27. Het onderscheid in naamgeving van de verticale commissies had geen speciale betekenis. Vanaf 1977 vond Haex de term 'beraadsgroep' beter bij de taak van deze commissies aansluiten dan de aanduiding 'filosofiecommissie'.
28. *Witboek inzake*, 7. De concept-adviezen van de commissies die niet onder één van de filosofiecommissies of beraadsgroepen vielen, werden wel uitgebreid beoordeeld door het CAB.
29. In 1986 omgedoopt in Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht.
30. In 1989 omgedoopt in Infectie en immuniteit.
31. De Beraadsgroep Huisartsgeneeskunde is in 1990 opgeheven.
32. In mei 1981 presenteerde Haex een zogenoemd *Witboek*, waarin de onder hem gegroeide en beproefde werkwijzen systematisch werden beschreven.
33. Mondelinge mededeling dr. ir. J.P.M. van der Wolf. Van der Wolf vervulde vanaf 1 december 1971 deze dubbele functie.
34. Mondelinge mededeling dr. H. Huizenga.
35. Wel pleitte hij voor aanstelling van een plaatsvervangend voorzitter. *Archief DGVGZ*, nr. 13876, 'Brief H. Huizenga aan R.J.H. Kruisinga, 16-11-1966'.
36. *Archief GR*, cie 90, zonder nr., 'Brief A.J.Ch. Haex aan G.M.J. Veldkamp, 1-2-1967'. Wel spreekt de wet over de functie 'secretaris'.
37. Op aandrang van Haex plaatste staatssecretaris Kruisinga het bureau van de afdeling Stralingshygiëne van de Gezondheidsraad in 1969 over naar het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Daardoor kon Huizenga, het hoofd van deze afdeling, niet meer als algemeen secretaris bij de Raad in dienst blijven. Bron: mondelinge mededelingen prof. dr. A.J.Ch. Haex, dr. R.J.H. Kruisinga en mw. A. Wusten-Overdorp.
38. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1975', *VAR* 1976, nr. 41, 3.
39. Gravesteyn ontpopte zich tot een onmisbare kracht voor Haex. Veel documenten die in dit hoofdstuk ter sprake komen, zoals het *Witboek*, waren van zijn hand.
40. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1977', *VAR* 1979, nr. 6, 3-4.
41. 'Jaarverslag 1977', *VAR* 1979, nr. 6, 3-4. Vanaf 1978 ging de organisatie-afdeling zich bezighouden met het opstellen van het derde deel van het rapport. Het betrof hier onder meer een onderzoek naar het functioneren van de commissies.
42. *Witboek inzake*, bijlage VIII en XI.
43. De kritiek van de secretarissen was vooral gericht op het gevoerde, of juist niet gevoerde, managementbeleid van de leiding van de Raad. Dit betrof onder meer het adviesproces. Voorts voelden enkele secretarissen zich als onmondige kinderen behandeld. Vaak werden richtlijnen en instructies ingevoerd zonder dat zij hierin gekend waren en ook de persoonlijke verhoudingen waren danig verziekt. Er ontstond een 'loopgravenoorlog' tussen het merendeel van de secretarissen aan de ene en de secretaris-directeur en de stafmedewerkster aan de andere kant. Zie bijvoorbeeld: *Archief GR*, nr. 07.125, 'Reorganisatie van het Secretariaatswerk en het Commissiewerk, 17-12-1979'; *Ibidem*, 'Brief A. Wusten-Overdorp aan A.J.Ch. Haex, 4-2-1980'; *Ibidem*, 'Brief L.C.C. Gravesteyn aan A.J.Ch. Haex, 4-2-1980'.
44. 'Jaarverslag 1980', *VAR* 1981, nr. 60, 8-9.
45. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1981', *VAR* 1982, nr. 55, 9; *Archief GR*, cie 90, nr. 1426; mondelinge mededeling mr. drs. L.J.J. Gravesteyn.
46. Verheul was in de jaren 1969-1972 directeur van het Rijksinstituut voor Drinkwatervoorziening.
47. *Archief GR*, nr. 07.125, 'Verslag van de bijeenkomst van de Secretaris-Generaal (...), 17-6-1981'. De Gezondheidsraad zelf is immers geen rechtspersoon. De ambtenaren die er werken vallen rechtstreeks onder het departement. De Raad zelf is onafhankelijk.
48. 'Hoofd van dienst' was namelijk de voorzitter.
49. *Archief GR*, nr. 07.125, 'Rapport m.b.t. het functioneren van de Gezondheidsraad, september 1981'.

50. *Archief GR*, cie 90, nr. 1466.
51. Verheul, *Eindrapport inzake tijdelijk management van de Gezondheidsraad 22 juni - 15 december 1981*, 24-27 en 45-50. Behalve de adviesduur had Verheul ook de kosten van een advies berekend. Deze bedroegen in 1981 gemiddeld f 220.000.
52. Niet zozeer op wetenschappelijke, alswel op voorzitterskwaliteiten.
53. Dat wil zeggen: de secretarissen van de filosofiecommissies en beraadsgroepen werden belast met de begeleiding van de secretarissen van de onder hun filosofiecommissie of beraadsgroep ressorterende commissies.
54. Verheul, *Eindrapport inzake*, 29-36. Behalve het rapport van Verheul verscheen er in die tijd ook een 'Personeelsontwikkelingsplan voor het secretariaat van de Gezondheidsraad' van de hand van de organisatiedeskundige J. Voigt. Dit plan was een advies aan de tijdelijk algemeen secretaris. Voigt kwam tot de conclusie dat het algemeen-secretarisschap niet goed van de grond was gekomen door het 'eenhoofdig charismatisch leiderschap' van voorzitter Haex. Ook hij pleitte ervoor het secretariaat van de Raad onder de algemeen secretaris te stellen, die voor zijn beleid verantwoording schuldig zou zijn aan de secretaris-generaal. Voigt zag deze wijziging van de organisatie als een noodzakelijke voorwaarde om een personeelsontwikkelingsplan te kunnen uitvoeren. Het argument van Haex dat hierdoor de onafhankelijkheid van de Raad werd aangetast omdat er een 'lek' kon ontstaan naar de secretaris-generaal, was volgens Voigt een grove onderschatting van de beleidsmakers. Ook zij waren volgens de organisatiedeskundige gebaat bij onafhankelijke advisering. *Archief GR*, zonder nr., 'Personeelsontwikkelingsplan voor het secretariaat van de Gezondheidsraad, uitgebracht door drs. J. Voigt (december 1981)'. Verheul voegde dit personeelsontwikkelingsplan toe aan het concept van zijn eindadvies. Op verzoek van het departement werd in het definitieve advies niet verwezen naar de notitie van Voigt.
55. *Archief GR*, nr. 07.125, 'Brief A.J.Ch. Haex aan P. Siderius, 24-12-1981'. Ook had Haex grote kritiek op het zonder meer drastisch terugbrengen van de adviestertermijn. Het laten bezinken van de wetenschap zag hij als een belangrijk onderdeel van het werk van de Raad, want alleen zo kon hij een goede kwaliteit van de adviezen waarborgen en de commissieleden bewegen tot eensgezindheid. Bron: mondelinge mededeling prof. dr. A.J.Ch. Haex. Het aantal minderheidsstandpunten bleef in de 'periode-Haex' beperkt, maar dit was ook onder andere voorzitters het geval.
56. Om de leiding van de Gezondheidsraad te verbreden dacht het CAB eerder aan aanstelling van één of twee vice-voorzitters. Ook hier wilde Haex niets van weten. Aan 'uitholling' van de functie van de voorzitter, en daarmee een 'verkrachting van de Gezondheidswet' wilde hij niet meewerken. *Archief GR*, cie 90, nr. 1634.
57. Bestaande instructies die met de taakomschrijving van de waarnemend algemeen secretaris in strijd waren, werden net als tijdens het tijdelijk management buiten werking gesteld. Dit hield in dat de coördinatiestaf definitief van het toneel verdween en de secretaris-directeur onder de algemeen secretaris kwam te werken. In feite bekleedde Van Erkelens de positie van algemeen secretaris op een wijze die Verheul voor ogen had gestaan. 'Jaarverslag 1982', *VAR* 1983, nr. 9, 21-22.
58. Haex zag in de voorstellen van de organisatie-adviseurs overeenkomsten met het verleden: 'Gaat de geschiedenis zich herhalen? De Centrale Gezondheidsraad die door de Wet van 1901 in het leven werd geroepen, verenigde in zich wetenschappelijke voorlichting en beleid, welk experiment volstrekt is mislukt!' *Archief GR*, cie 90, nr. 7.
59. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen was weliswaar lange tijd een 'kamer' van de Nationale Raad, maar is daarmee niet volledig geïntegreerd.
60. *H.S.G.* 1973-1974, II, bijlage 13012.2.
61. *Archief GR*, cie 90, nr. 1853.
62. *Archief GR*, cie 90, nr. 1426.
63. *Archief GR*, cie 90, nr. 1590.
64. *Archief GR*, cie 90, nr. 773.
65. Dit blijkt uit een brief van enkele leden van het College aan de voorzitter, waarin zij hun grote zorg uitspraken over de invulling van de komende vacature. Zij vonden dat de toekomstige voorzitter van de Gezondheidsraad in het medische veld herkenbaar moest zijn. Verder zou wetenschappelijke objectiviteit leidraad moeten zijn en diende iedere vorm van manipulatie te worden uitgesloten. *Archief GR*, cie 90, 'Brief S.A. de Lange, J. Roos en J. Vreeken aan A.J.Ch. Haex, 7-11-1979'.

66. *Archief GR*, cie 90, nr. 1378 en 1427. De farmacoloog E.M. Cohen was het niet eens met de constatering van de meerderheid van het CAB dat de voorzitter van de Gezondheidsraad per se een medicus moest zijn. Voor Cohen was de vraag of de voorzitter over voldoende wijsheid, leiderskwaliteiten en 'diplomatiek inzicht' beschikte, belangrijker. Een gebrek aan medische kennis kon immers binnen de Gezondheidsraad aangevuld worden. Alleen bij gelijke geschiktheid van verschillende kandidaten moest zijns inziens de voorkeur aan de medicus worden gegeven. *Archief GR*, cie 90, zonder nr., 'Brief E.M. Cohen aan E. Borst-Eilers, J.A.G. Davids en J.M. Greep, 1-6-1982'.
67. Het betrof de internist J. Roos, die al vanaf de oprichting zitting had in het CAB, de hoogleraar in de gerontologie C.F. Hollander en de kinderarts J.C.H.M. Wijffels.
68. *Archief GR*, cie 90, nr. A6.
69. *Archief GR*, cie 90, nr. 1.
70. Zowel Kruisinga als Siderius ambieerden het voorzitterschap van de Gezondheidsraad.
71. *Archief GR*, zonder nr., 'Brief J. van Londen aan L.C. Brinkman, 6-1-1983'.
72. *Archief GR*, zonder nr., 'Brief A.J.Ch. Haex aan L.C. Brinkman, 13-1-1983'.
73. *Archief GR*, cie 90, nr. A16.
74. *Archief GR*, cie 90, nr. 1839.
75. K.B. van 29 april 1983 (*Stb.* 4).
76. *Archief GR*, cie 90, nr. A18 en A20.
77. Mondelinge mededelingen dr. L.B.J. Stuyt. Stuyt vervulde en vervult talrijke internationale functies op het vlak van de gezondheidszorg. De meest aansprekende is zijn lidmaatschap van de Royal College of Physicians in Engeland (sinds 1973), een zeldzame uitverkiezing voor een buitenlander.
78. Mondelinge mededeling dr. L.B.J. Stuyt.
79. *Archief GR*, cie 90, nr. 1914.
80. *Archief GR*, cie 90, nr. 1887. De naam van de Beraadsgroep werd in 1983 gewijzigd in Beraadsgroep Toxicologie en ecologie.
81. Om de doelmatigheid van het CAB te vergroten trachtte Stuyt het ledental van dit College tot maximaal twintig te beperken. Dit streefcijfer werd niet bereikt, omdat zich onvoldoende mogelijkheden aandienenden voor spontane 'afvloeiing' van leden van het College. Na 1985 zou een schema van aftreden tot stand komen. Bron: mondelinge mededeling mw. dr. E. Borst-Eilers.
82. *Archief GR*, cie 90, nr. 2126. Stuyt probeerde in feite het CAB om te vormen in een Beraadsgroep Medisch Algemeen. De formalisering van deze veranderingen vond overigens pas plaats in 1986. *Archief GR*, cie 90, nr. 2127. In 1991 werd het CAB omgedoopt tot Beraadsgroep Geneeskunde.
83. Mondelinge mededeling dr. L.B.J. Stuyt.
84. *Evaluatie en zelf-evaluatie*, 8-9.
85. De term 'secretaris-rapporteur' werd afgeschaft. De rechtspositie van secretarissen in tijdelijke dienst werd gelijkgetrokken met die van de vaste secretarissen binnen de Raad.
86. *GR jaarverslag 1985*, 116.
87. *Archief GR*, cie 90, nr. 1914; mondelinge mededeling dr. L.B.J. Stuyt.
88. De formalisering hiervan vond plaats in 1986. Sindsdien onderhoudt de algemeen secretaris een hiërarchische lijn naar het departement van WVC en een functionele lijn naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Aan hem is de algemeen secretaris verantwoording schuldig voor de door het secretariaat verleende diensten. Met deze constructie waren de voorstellen van tijdelijk algemeen secretaris Verheul uit 1981 daadwerkelijk ingevoerd.
89. Rigter werd in april 1989 benoemd tot bijzonder hoogleraar in de maatschappelijke aspecten van medische technologie aan de Erasmus Universiteit.
90. De waarnemend algemeen secretaris Van Erkelens moest door de komst van Rigter het veld ruimen. Dit gebeurde niet zonder problemen. Van Erkelens voelde zich in zijn rechten aangetast, omdat hem niet de gelegenheid was geboden naar het ambt van algemeen secretaris mee te dingen, ondanks dat Siderius hem toegezegd zou hebben dat zijn kandidatuur voor die positie serieus in overweging zou worden genomen. Alleen onder die voorwaarde was hij, zo stelde Van Erkelens, ertoe te bewegen geweest de onder de toenmalige omstandigheden weinig aantrekkelijke functie van waarnemend algemeen secretaris te aanvaarden. Bij gebrek aan een schriftelijke verklaring van Siderius kon Van Erkelens niets bewijzen. Het ambtenarengerecht waaraan Van Erkelens zijn klacht voorlegde, wees zijn eis dan ook van de hand. Bron: mondelinge mededeling mr. H.J. de Roy van Zuydewijn en dr. L.B.J. Stuyt.

91. Hij had daarbij de steun van het hoofd van het bureau (secretaresses, repro, comptabiliteit, archief, bibliotheek en dergelijke) mw. L.G. van Ast. Rigter stelde strakkere tijdschema's op voor de werkzaamheden van de commissies, drong waar mogelijk aan op opstelling van voorbereidende teksten voordat de commissies daadwerkelijk werden geïnstalleerd, verbeterde de communicatie en de werksfeer op het secretariaat van de Raad, en schafte de functie van coördinerend secretaris af. Verder maakte hij ook een eind aan de financiële problemen van de Raad (ondanks een stijging van het budget van de Raad van f 763.700 in 1966 tot f 3.896.200 in 1983 was de begroting keer op keer overschreden).
92. Mondelinge mededeling dr. L.B.J. Stuyt. Haex had altijd geweigerd de algemeen secretaris als 'hoofd van dienst' te zien. Zoals Haex reeds voor ogen stond, trad Rigter ook op als wetenschappelijk adviseur van voorzitter Stuyt. Beiden vormden een team, iets waar Haex steeds naar had gehunkerd.
93. *Archief GR*, cie 90, zonder nr., 'Brief H. Rigter aan J. van Londen, 13-12-1984'.
94. *Archief GR*, cie 90, 'Kort verslag van de extra vergadering van het CAB, 1-4-1985'.
95. *Archief GR*, cie 90, 'Brief CAB aan L.B.J. Stuyt, 9-4-1985'. Ditmaal ging het CAB duidelijk minder ver in zijn verzet dan bij de voordracht van Siderius. Toen werd immers ook de eis gesteld dat de vice-voorzitter na twee jaar van plaats moest wisselen met de voorzitter.
96. *Archief GR*, cie 90, 'Brief J.P. van der Reijden aan L.B.J. Stuyt, 21-5-1985'.
97. Mondelinge mededeling dr. L. Ginjaar.
98. K.B. van 12 november 1985 (*Stb.* 608).
99. *GR jaarverslag 1985*, 5. Ook de Rotterdamse hoogleraar in de kindergeneeskunde H.K.A. Visser was een belangrijke kandidaat voor deze functie. Hij wenste echter zijn functies aan de Erasmus Universiteit niet op te geven voor het vice-voorzitterschap van de Gezondheidsraad. *Archief GR*, cie 90, nr. 2076.
100. Ginjaar werd benoemd bij K.B. van 11 december 1985 (*Stb.* 18). De huidige voorzitter van de Gezondheidsraad, Leendert Ginjaar, werd in 1928 in Leiden geboren. Na in 1953 te zijn afgestudeerd als chemicus, promoveerde hij in 1960 op het proefschrift: *The reactivity of some organo-phosphorous compounds in nucleophilic substitution reactions*. In 1953 trad Ginjaar in dienst bij TNO. Hier bleef hij 24 jaar werkzaam, laatstelijk als directeur van het Studie- en Informatiecentrum voor milieu-onderzoek. Ginjaar was lid van vele commissies en organisaties op het gebied van de volksgezondheid en milieu. Zo ook sinds 1973 van de Gezondheidsraad, waar hij eerder voorzitter was van de Commissie Luchtverontreiniging en de Commissie Centrale Waterontharding. Hij behoorde in 1974 tot de eerste leden van het CAB. In 1977 werd Ginjaar, namens de VVD, voor een periode van een kleine vier jaar minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in het kabinet-Van Agt. Na zijn ministerschap werd hij voorzitter van het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Utrecht en Eerste-Kamerlid. Bijna gelijktijdig met zijn benoeming tot voorzitter van de Gezondheidsraad werd Ginjaar ook voorzitter van de Centrale Raad voor de Milieuhygiëne, het maatschappelijke adviesorgaan op het vlak van het milieu. Hij verdeelde zijn werkweek gelijkmatig over beide colleges. Ginjaar was in de jaren 1986-1991 voorzitter van de VVD en werd in maart 1991 benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de milieugezondheidkunde aan de Rijksuniversiteit Limburg.
Vice-voorzitter Else Borst-Eilers, dochter van een koopman, werd in 1932 geboren in Amsterdam. Zij behaalde haar artsexamen in 1958. Vanaf 1959 volgde zij een vijf jaar durende opleiding Immunohematologie aan het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst in Amsterdam. In de periode 1966-1969 was Borst-Eilers voor een periode van drie jaar wetenschappelijk medewerker aan de Bloedbank van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU). Daarna had zij acht jaar lang de leiding over deze Bloedbank. Borst-Eilers promoveerde in 1972 op het proefschrift: *Rhesusimmunisatie, ontstaan en preventie*. In 1977 werd zij benoemd tot medisch directeur van het AZU. Sinds 1981 prijkt haar naam op de ledenlijst van de Gezondheidsraad. In datzelfde jaar nam Haex haar op in het CAB. Borst-Eilers was vóór haar aantreden als vice-voorzitter lid van D'66. In juli 1992 werd zij benoemd tot bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, met als leeropdracht: Evaluatie-onderzoek van het klinisch handelen.
101. Daar waar de in dit hoofdstuk geschetste ontwikkelingen een duidelijk vervolg hebben gekregen of zijn afgerond na afsluiting van het beschreven tijdvak - dus na 1 december 1985 - is dat in de tekst of in de noten in enkele woorden aangegeven.
102. Alleen Noordam stemde niet met het advies in. *Advies GR 1968/10*.
103. *H.S.G. 1967-1968*, II, 759.

104. In de samenstelling van de 'kleine commissie' was een wijziging opgetreden. In april 1968 was De Vries met pensioen gegaan en vervangen door A. van Rossum.
105. Zoals beschreven, werd sinds 1963 bij de bereiding van het pokkenvaccin gebruik gemaakt van de Elstreestam. Een jaar later waren de voorraden van het oude vaccin uitgeput.
106. *Advies GR 1971/21.*
107. De commissie bestond uit Goslings (voorzitter), Blomhert, Bijkerk, Dekking, Gispen, Huisman, Nanning, Noordam, Polak, Verjaal (tot september 1973), Verlinde, Van Zeven (tot juli 1973) en de nieuwkomers E. Deddes, schout-bij-nacht en voorzitter van de Militair Geneeskundige Raad, R. Drion, geneeskundig hoofdinspecteur, en W.H.H. Tegelaars, hoogleraar in de kindergeneeskunde.
108. Het advies kwam met grote vertraging tot stand. Haex had in eerste instantie besloten de adviesaanvraag te combineren met de in april 1971 door Kruisinga gestelde vraag wat het effect was van invoering van een vaccinatieplicht tegen onder meer polio (zie paragraaf 8.3.2). Nadat in de loop van 1972 alsnog van een gezamenlijke behandeling werd afgezien, duurde het tot mei 1973 voordat Haex de commissie installeerde. Een opvallende gang van zaken, omdat Stuyt op spoed had aangedrongen.
109. *Advies GR 1974/12.*
110. *H.S.G. 1974-1975, II, bijlage 13305.1-13305.3.*
111. 'Gezondheidsraad jaarverslag 1976', *VAR 1977*, nr. 39, 8-9.
112. Het betrof de beoordeling van een herziening van de Wet bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar (*Advies GR 1967/5*) en van een ministeriële beschikking over bijzondere eisen te stellen aan tuberculine (*Advies GR 1975/17*). Het bestrijdingsapparaat tegen tuberculose werd in de loop van de jaren tachtig in afgeslankte vorm opgenomen in de zogenoemde basisgezondheidsdiensten.
113. Zie voor een beschrijving van de polio-epidemie in Staphorst: Maas, *Parlement en Polio*, 51-92.
114. Zoals gememoreerd, was een van de redenen voor deze vertraging dat Haex lange tijd overwoog de adviesaanvraag te combineren met die over de mogelijke intrekking van de Inentingswet.
115. *Advies GR 1974/11.*
116. *Archief GR (nieuw)*, nr. 145, 'Poliomyelitis draaiboek. Maatregelen bij vermoeden of vaststellen van poliomyelitis, januari 1972'.
117. Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze epidemie: Maas, *Parlement en Polio*, 99-133.
118. Het aantal ongevaccineerde personen jonger dan 27 jaar die wel waren aangesloten bij een orthodox-protestantse kerkgenootschap, bedroeg in 1978 naar schatting 64.750.
119. *Advies GR 1982/16*, 11-16.
120. Namelijk de Gereformeerde Gemeenten in Nederland en Noord-Amerika, de Gereformeerde Gemeenten in Nederland, de Gereformeerde Bond in de Hervormde Kerk, de Oud Gereformeerde Gemeenten en de Christelijke Gereformeerde Kerken.
121. Dit leidde in 1979 tot de publikatie: *Polio. Afwachten of afweren?* In dit boekje wordt een verband gelegd tussen de bezwaren tegen de poliovacinatie en de geschiedenis van de koepokinenting: 'De bezwaren tegen poliovacinatie zijn niet goed te begrijpen zonder de bezwaren die destijds tegen de pokkenvacinatie werden geuit. De huiver voor vaccinatie in de vorige en nog in deze eeuw zit bij velen wel zó diep dat ze - ook medisch - wantrouwend aankijken tegen wat voor vaccinatie dan ook', aldus Douma en Velema. Overigens wezen zij religieuze bezwaren tegen de polio-inenting van de hand en keerden zij zich tegen dwangmaatregelen.
122. *H.S.G. 1977-1978*, bijlage 15152.1.
123. Doek, 'Polio: Ook een zaak voor justitie'.
124. Behalve Nederland maakten in Europa alleen nog in Zweden en Finland gebruik van Salkvaccin.
125. In eerste instantie wilde de meerderheid van de commissie, ter bestrijding van een epidemie, het gebruik van Salkvaccin aanmoedigen. De voorzitter en de secretaris van de commissie, die meer resultaat verwachtten van Sabinvaccin, startten, naar later bleek met succes, een campagne om het advies bij te stellen. Uitvoerige beraadslagingen en een late verschijning van het advies waren het gevolg. *Archief GR (nieuw)*, nr. 45, 'Brief M.C. van der Wal aan A.J.Ch. Haex, 3-10-1982'.
126. Daarnaast distantieerde Bruyn zich van de passage in het advies waarin de Geneeskundige Inspectie de mogelijkheid werd geboden in epidemische situaties Salkvaccin te gebruiken.
127. *Advies GR 1982/16.*
128. *Archief GR*, zonder nr., 'De geschiedenis van de Wet en het Besluit inzake de Sera en Vaccins, in het bijzonder met het oog op de functie van de Gezondheidsraad op dit terrein'.

129. Zie voor een beschrijving van de naoorlogse activiteiten van het RIV op dit terrein: Van Zon, *Tachtig jaar RIVM*, 295-298.
130. Zie bijvoorbeeld: *Advies GR* 1962/6, 1968/7 en 1972/11.
131. Dat gaat veranderen. De taken van de Raad op het vlak van sera en vaccins worden binnenkort overgeheveld naar het College ter beoordeling van Geneesmiddelen en naar de Geneeskundige Inspectie.
132. Aanleiding was de dreiging van juridische procedures tegen de Raad, als een negatieve beslissing inzake vergunningverlening niet het gevolg was van overleg binnen de betrokken commissie, maar slechts het resultaat van schriftelijk of telefonisch overleg tussen de voorzitter van de Raad en enkele deskundigen.
133. *Advies GR* 1984/10.
134. *Advies GR* 1985/8.
135. Onder meer de Adviescommissie Warenwet was voorstander van intrekking van deze bepaling.
136. De commissie betreunde dat de jodering van keukenzout was stopgezet. Zij weet dit aan het ontbreken van een grondige evaluatie van het beleid en pleitte voor instelling van een permanente Begeleidingscommissie voor de strumaprofylaxe, die zou moeten samenwerken met de Voedingsraad. Dit gezelschap moest via periodiek onderzoek nagaan of de strumaprofylaxe aan de gestelde eisen voldeed. De overheid kon in dat geval sneller het beleid aanpassen, aldus de commissie. *Advies GR* 1981/10.
137. Van Rees-Wortelboer, 'Jodium en krop in Nederland', 1823. Ook na 1986 bleef struma een probleem. In 1990 constateerde de hoogleraar fysiologie van mens en dier D. van der Heide dat dertig procent van de vrouwelijke adolescenten aan struma leed. Voor vrouwen boven de 65 jaar was de situatie niet veel beter, aldus Van der Heide.
138. *H.S.G.* 1967-1968, II, commissievergadering T, 47.
139. Tijdens zijn buitengewoon verlof werd Haex als voorzitter van de commissie vervangen door de klinisch farmacoloog F.A. Nelemans.
140. *Advies GR* 1970/11. Behalve de Gezondheidsraad spraken in 1970 ook de KNMG en Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde zich voor handhaving van de drinkwaterfluoridering uit.
141. Twee van de negentien commissieleden, de jurist M.G.J.M. Kortman en de sociaal geneeskundige F.E. Reitsma, konden zich niet met het advies verenigen. Zij dienden een minderheidsnota in, waarin zij de onschadelijke werking van fluor voor mens en milieu in twijfel trokken. Bovendien keerden zij zich tegen een dwangmaatregel die in strijd was met de Nederlandse rechtsorde, die, aldus de minderheidsnota, erop gericht moest zijn 'de individuele vrijheid van alle burgers te bevorderen, niet in te perken'. Eerder had de farmaceut P. Sorgdrager zich uit de commissie teruggetrokken, omdat hij zich niet kon verenigen met het meerderheidsstandpunt. *Advies GR* 1973/18.
142. *H.S.G.* 1973-1974, bijlage 12738.1-12738.6.
143. *H.S.G.* 1975-1976, II, 3243-3406.
144. *H.S.G.* 1975-1976, II, bijlage 12738.24.
145. *Advies GR* 1984/7. In zijn aanbiedingsbrief onderstreepte Stuyt dat drinkwaterfluoridering nog altijd de meest effectieve maatregel tegen tandbederf was.
146. Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 17.
147. *Advies GR* 1974/5.
148. Door acceptatie en financiële vergoeding van het zogenoemde 'uitstrijkje'.
149. *Advies GR* 1981/11.
150. *H.S.G.* 1981-1982, II, bijlage 17100.XVII.66.
151. *Advies GR* 1981/15.
152. *Advies GR* 1984/34.
153. *Advies GR* 1987/9. Verwacht wordt dat de regering hierover eind 1992 de knoop doorhakt.
154. *Advies GR* 1984/23 t/m 1984/31.
155. *H.S.G.* 1970-1971, II, 227-228.
156. Thans geheten: de Nederlandse Kankerbestrijding.
157. Het werd geen instituut, maar wel een stichting: de Stichting Volksgezondheid en Roken, die nog steeds bestaat. De stichting werd formeel opgericht eind 1974 maar begon pas te draaien eind 1975. De genoemde financiers leveren structurele bijdragen. De bijdrage van de overheid (ministerie van

- WVC) was jarenlang f 500.000 en steeg naar f 3.000.000 in 1990. De drie fondsen gaven samen f 1.000.000 in 1990.
158. Het advies gaf tal van aanbevelingen voor nader onderzoek. *Advies GR 1975/8*. In 1990 publiceerde de Gezondheidsraad het advies Passief Roken (*Advies GR 1990/18*), waarin gesteld werd dat ook volwassenen hinder of schade (vooral ademhalingsproblemen) van passief roken kunnen ondervinden.
 159. *H.S.G. 1975-1976*, II, 4239.
 160. *H.S.G. 1976-1977*, II, bijlage 14360.1. In 1977 bestond er een gentlemen's agreement tussen overheid en reclamemakers om reclame voor tabaksprodukten op radio en televisie te beperken.
 161. Het besluit kwam tot stand in het kader van de Warenwet. K.B. van 29 april 1981 (*Stb.* 329).
 162. *H.S.G. 1981-1982*, II, bijlage 17100.XVII.2, 12-13 en 17100. XVII.21, 15.
 163. De opbrengst van de accijnzen wordt voor 1992 geschat op 3 miljard gulden.
 164. Kappelhof, *Tussen aansporen en opsporen*, 17.
 165. *Advies GR 1971/3*.
 166. *H.S.G. 1970-1971*, II, bijlage 10900.XV.29.
 167. *Advies GR 1984/16*. Onder ischemische hartziekten worden verstaan de aandoeningen die worden gekarakteriseerd door een gebrekkige bloedvoorziening van het hart, waardoor in het orgaan een zuurstoftekort kan ontstaan.
 168. *Advies GR 1983/2*.
 169. De eerste intermitterende hemodialyse en niertransplantatie werden in respectievelijk 1964 en 1966 uitgevoerd.
 170. *Advies GR 1968/8*.
 171. *Advies GR 1972/4*. De commissie merkte op dat door de introductie van nierfunctievervangende behandelingen de sterfte aan nierziekten in de periode 1950-1968 was gedaald van 18,5 tot 13,2 per 100.000 mannen en van 24,9 tot 14,4 per 100.000 vrouwen.
 172. *Advies GR 1977/4*. Die centra kwamen tot stand.
 173. *Advies GR 1977/6*.
 174. *Advies GR 1978/14*.
 175. *Advies GR 1980/16*.
 176. *Advies GR 1986/7 en 1987/25*.
 177. *H.S.G. 1972*, II, bijlage 12000.XVII.2, 8.
 178. De derde doodsoorzaak vormden aandoeningen van de luchtwegen, waarover de Raad zich in 1970 uitsprak. Het betrof een beantwoording van de vraag of een periodiek geneeskundig onderzoek naar deze aandoeningen gewenst was.
 179. *Advies GR 1966/19*.
 180. *Advies GR 1971/13 en 1985/10*. Op korte termijn volgt een nieuw advies.
 181. Deze adviezen hebben bijna steeds ook een gezondheidsjuridische strekking. Het recht was voor de Gezondheidsraad echter geen nieuwe discipline. Juristen maken al sinds jaar en dag deel uit van de Raad en zijn commissies. De juridische invalshoek is in de loop van de eeuw echter veranderd: van het opstellen en beoordelen van wetsontwerpen naar juridisch-wetenschappelijke analyses van (de consequenties van) medische ontwikkelingen.
 182. *Advies GR 1977/1*.
 183. *Advies GR 1977/14 en 1980/10*.
 184. Kremer, 'Ethische en juridische aspecten van kunstmatige inseminatie', 107-109.
 185. Zie voor recent overzicht: *Jaaradvies Gezondheidszorg 1991*.
 186. Als een bevruchte eicel zich begint te delen spreekt men wel van 'pre-embryo' en, na veertien dagen van ontwikkeling, van 'embryo'. In sommige politieke en wetenschappelijke kringen wordt dit onderscheid onjuist geacht en wordt alleen de term 'embryo' gehanteerd, zoals ik in de tekst doe, overigens zonder een stelling te betrekken. Bij IVF worden vaak meer eicellen gewonnen en bevrucht dan voor implanting in de baarmoeder nodig zijn. Dat betekent dat er embryo's overblijven. Deze rest-embryo's kunnen worden vernietigd of voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt gedurende de eerste veertien dagen van hun ontwikkeling (de ontwikkeling kan worden onderbroken door het embryo in te vriezen).
 187. *Advies GR 1984/33*.

188. Op 11 augustus 1988 (*Stb.* 379) werd IVF definitief onder de werkingssfeer van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht en werd toepassing van de bevruchtingsmethode zonder vergunning van de minister, verboden verklaard.
189. Het afstaan van een eicel door een vruchtbare vrouw ten gunste van een onvruchtbare vrouw.
190. Een van de leden van de commissie, de hoogleraar in de celbiologie en genetica H. Galjaard, kon zich met enkele conclusies uit het rapport niet verenigen. Hij diende een minderheidsnota in, waarin hij onder meer draagmoederschap van de hand wees. *Advies GR* 1986/26.
191. Brinkman (CDA) en Drees (VVD) waren respectievelijk minister en staatssecretaris van het ministerie van WVC; Korthals Altes (VVD) was minister van Justitie.
192. De bewindslieden schaarden zich daarmee achter de minderheidsnota van Galjaard.
193. *H.S.G.* 1987-1988, II, bijlage 20706.2. Aan de Tweede Kamer is eind 1990 een wetsvoorstel tegen commercieel draagmoederschap of commerciële bemiddeling bij draagmoederschap, als aanvulling op het Wetboek van Strafrecht, ter behandeling toegezonden. *H.S.G.* 1990-1991, II, bijlage 21968.1-21968.3.
194. Van Emde Boas, 'De behandeling van transseksisten in Nederland', 476.
195. *H.S.G.* 1973-1974, II, aanhangsel, 1871.
196. Opvallend was het verschil in toonzetting met de adviesaanvraag uit 1960.
197. *Advies GR* 1977/16.
198. *Advies GR* 1979/6.
199. *Advies GR* 1979/16.
200. *Advies GR* 1985/21.
201. *Advies GR* 1969/13, bijlage D.
202. *H.S.G.* 1967-1968, II, commissievergadering C, 21-23.
203. *H.S.G.* 1967-1968, II, 698.
204. De overgrote meerderheid van de ondervraagde hoogleraren onderschreef het advies. *Advies GR* 1969/13.
205. Wet van 8 april 1971 (*Stb.* 212). *H.S.G.* 1970-1971, II, 2486. Baanbrekende rapporten van de Gezondheidsraad worden sinds de jaren vijftig, indien financieel mogelijk, vertaald in het Engels. Dit gold ook voor het hier besproken advies, dat tevens in het Deens werd vertaald en aangeboden aan de in Denemarken verantwoordelijke bewindsman. Volgens minister Polak was het advies 'op weg een bestseller te worden, zo iets als Bob en Daphne', waarbij de minister doelde op de uit 1955 daterende publikatie van H.B. Aalberse: *De liefde van Bob en Daphne: ontlukende driften*. Zie: *H.S.G.* 1970-1971, I, 983 en 993. Overigens kon het boek van Aalberse destijds op weinig sympathie rekenen van de autoriteiten.
206. Dupuis, 'De gevraagde dood, euthanasie en hulp bij zelfdoding', 461.
207. Lindeboom, *Euthanasie in historisch perspectief*, 28.
208. *Medische ethiek en gedragsleer*, 14.
209. Van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*.
210. Zie bijvoorbeeld: Dupuis, 'De gevraagde dood'.
211. *H.S.G.* 1969-1970, II, 1954, 1983 en 1993. De opmerking van Van der Lek was niet zonder reden. Het aantal adviesaanvragen aan de Gezondheidsraad was tijdens het staatssecretariaat van Kruisinga, een periode waarin de medische wetenschap grote vorderingen maakte, opmerkelijk groot.
212. De Raad had zich immers al in de 'periode-Wester' over kunstmatige bevruchtingsmethoden gebogen.
213. Zie voor recente overzichten van de problematiek rond de wilsonbekwamen: Spreeuwenberg, 'Levensbeëindiging buiten aanwezigheid van een uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene'; Van Delden, *Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen*.
214. *Advies GR* 1972/15.
215. *H.S.G.* 1974-1975, I, 572.
216. Lindeboom, *Euthanasie en Euthanasiasme*, 19-20.
217. De KNMG waagde zich nog niet aan een uitspraak, omdat artsen zeer verschillend dachten over euthanasie.
218. *H.S.G.* 1975-1976, I, 759.
219. *H.S.G.* 1975-1976, II, 820.
220. *Advies GR* 1975/10. Ook in het tweede interimadvies stelde de commissie dat de voorwaarden voor toepassing van passieve euthanasie niet in een wet moesten worden vastgelegd. De toetsing van de

- zorgvuldigheidseisen kon volgens haar door de medisch tuchtrechter gebeuren. Het Tweede-Kamerlid voor de KVP Th.E.E. van Schaik was hier fel tegen. Artsen die zich 'misdroegen' moesten volgens hem ook voor de strafrechter verschijnen, omdat zij 'geen super-Nederlanders, geen super-staatsburgers' waren. *H.S.G.* 1971-1972, II, 625.
221. *H.S.G.* 1978-1979, II, 965, 1053, 1060 en 1124-1125.
222. *Archief GR (nieuw)*, nr. 162, 'Brief A.J.Ch. Haex aan L. Ginjaar en E. Veder-Smit, 17-11-1978'.
223. *Advies GR* 1982/7.
224. De Staatscommissie Euthanasie was zowel naar discipline als levensbeschouwing breed samengesteld. Leden van de meest recente euthanasie-commissie van de Gezondheidsraad ontbraken, maar de staatscommissie telde wel enkele leden van de Raad zelf.
225. Dit heeft veel stof doen opwaaien. Het commissielid H.J.J. Leenen distantieerde zich later van deze uitspraak.
226. *Rapport van de Staatscommissie euthanasie*, deel 1.
227. *H.S.G.* 1983-1984, II, bijlage 18331.1-18331.3.
228. *H.S.G.* 1985-1986, II, 4018-4049.
229. In november 1991 kwam er schot in de zaak, toen minister E.M.H. Hirsch Ballin van Justitie en staatssecretaris H.J. Simons van Volksgezondheid een standpunt van de regering naar buiten brachten. Volgens de regering zou euthanasie strafbaar moeten blijven, maar artsen die zorgvuldigheidseisen respecteren zouden vermoedelijk met succes een beroep kunnen doen op overmacht. De artsen zouden verplicht worden euthanasie te melden bij de gemeentelijke lijkschouwer, die moet beslissen of zij al dan niet worden vervolgd. Ook levensbeëindiging bij wilsonbekwamen valt onder de meldingsplicht. In 1992 dienden de genoemde bewindslieden een ter zake strekkend voorstel tot wijziging van de Wet op de Lijkbezorging bij de Tweede Kamer in. *H.S.G.* 1991-1992, II, bijlage 22572.1-22572.2.
230. Zie voor een historisch overzicht: Bruijn, *Geschiedenis van de abortus in Nederland*.
231. *H.S.G.* 1968-1969, II, 1785-1790.
232. *H.S.G.* 1971, II, bijlage 11321.2, 15.
233. De zogeheten 'overtijdbehandeling' valt niet onder deze regeling. *Jaaradvies Gezondheidszorg 1991*, 82.
234. *Advies GR* 1982/15.
235. Zie voor een recent overzicht: De Beaufort en Dupuis, 'De morele positie van de ongeborene'.
236. *Advies GR* 1984/19, 17. Enkele Tweede-Kamerleden hadden de staatssecretaris op het vraagstuk geattendeerd.
237. *H.S.G.* 1979-1980, I, 332.
238. De commissie merkte op dat vragen die verband hielden met het wetenschappelijk onderzoek bij foetussen afkomstig van een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken in het kader van de, overigens nog altijd, in de steigers staande wettelijke regeling voor proeven op mensen moesten worden beantwoord. Twee leden van de commissie dienden een minderheidsnota in, die op enkele punten afweek van het meerderheidsrapport. De belangrijkste conclusie van het rapport (wetenschappelijk gebruik van foetussen is onder voorwaarden toegestaan) werd ook in de minderheidsnota onderschreven. *Advies GR* 1984/19.
239. *H.S.G.* 1988-1989, II, bijlage 20706.4, 21.
240. In de loop van de jaren tachtig publiceerde de Gezondheidsraad 'handboeken' over de stand van de wetenschap met betrekking tot lever-, alvleesklier-, auxiliaire partiële lever-, allogene beenmerg- en harttransplantatie. Deze reeks van adviezen gaf een beschrijving van de techniek, behandelingsresultaten, indicatiestelling, criteria voor selectie van patiënten, inrichting van de behandelcentra, begeleiding van patiënten, en de kosten en effectiviteit van de behandelingen. Ook deze adviezen vormden voor de regering een hulpmiddel om de snelle ontwikkelingen op het terrein van de klinische diagnostiek en therapie te kunnen volgen en bij te sturen.
241. Zie voor een inventarisatie: De Beaufort en Dupuis, 'Ethische vragen met betrekking tot weefsel- en orgaantransplantatie'.
242. Dus los van een eventueel donorcodicil (wie zwijgt, stemt toe).
243. *Advies GR* 1968/8.
244. De commissie concludeerde dat als de functie van de hersenen volledig en onherstelbaar verdwenen was, de dood van de hersenen was ingetreden en de patiënt overleden. *Advies GR* 1973/19. In 1983

- bracht de Gezondheidsraad een nieuw advies uit over de hersendoodcriteria. Het betrof een bijstelling van de criteria uit het tien jaar daarvoor opgestelde advies. *Advies GR 1983/3*.
245. *Advies GR 1975/3*.
246. *Advies GR 1987/3*.
247. H.S.G. 1991-1992, II, bijlage 22358.1-22358.3. Op het gebied van transplantatie doemen steeds weer nieuwe ethische en juridische problemen op. Het groeiende tekort aan donororganen noopt bijvoorbeeld tot het selecteren van patiënten die voor transplantatie in aanmerking komen. Commissies van de Gezondheidsraad keerden zich onlangs tegen selectie op niet-medische gronden, zoals het stellen van leeftijdsgrenzen. *Advies GR 1989/2 en 1990/13*.
248. De Gezondheidsraad stelde ook behoeferamingen op voor het benodigde aantal hulpverleners in de gezondheidszorg. Artsen (*Advies GR 1969/6*), tandartsen (1971/9), vroedvrouwen (1974/10) en fysiotherapeuten (1976/13) passeerden de revue.
249. H.S.G. 1989-1990, I, bijlage 20889.36. De wetswijzigingen waren mede gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad. *Advies GR 1988/8 en 1989/28*.
250. Rigter, *Het sociale gezicht van de geneeskunde*, 39-40.
251. Onder open hartoperatie wordt verstaan die operatie waarbij gedurende de ingreep de hartfunctie wordt overgenomen door de hartlongmachine. Bij een gesloten hartoperatie behoudt het hart zijn normale functies.
252. *Advies GR 1972/14*.
253. H.S.G. 1972-1973, II, bijlage 12261.1, 2.
254. *Advies GR 1976/9*.
255. *Advies GR 1975/5, 1976/4 en 1976/11*.
256. H.S.G. 1978-1979, II, bijlage 15300.XVII.50. Dit overigens met instemming van de commissie van de Gezondheidsraad. De zogeheten Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland bestond en bestaat uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting.
257. *Advies GR 1984/18*.
258. In 1978 werd een record-aantal luchtbrugvluchten bereikt: 1068. Zeven jaar later was dit aantal praktisch nul. De laatste tijd is er echter weer sprake van omvangrijke wachtlijsten en wordt er ook weer gedacht aan luchtbruggen.
259. Het advies van de commissie van de Gezondheidsraad verscheen in november 1986. Daarin beval zij aan 'dat de Gezondheidsraad een signaleringssysteem opzet en instandhoudt en aan de regering elk jaar adviseert welke (nieuwe en bestaande) ontwikkelingen zo belangrijk zijn, dat het gewenst is dat de overheid daarover een besluit neemt'. *Advies GR 1986/29*. Zie ook hoofdstuk 10.
260. H.S.G. 1988-1989, II, bijlage 20620.2.
261. De milieuhygiënische adviezen van de Gezondheidsraad bereikten na de splitsing van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in november 1982 via een omweg, namelijk door tussenkomst van de minister belast met het volksgezondheidsbeleid, de verantwoordelijke bewindspersoon. Sinds enkele jaren onderhoudt de Raad een directe relatie met de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieuhygiëne.
262. Zoals gezegd, kon Haex door deze manoeuvre een nieuwe algemeen secretaris aantrekken.
263. *Archief GR*, zonder nr., 'Bespreking over bij de Gezondheidsraad in behandeling zijnde onderwerpen betreffende stralingshygiëne, 8-9-1972'; *Ibidem*, 'Werkbespreking over Stralingshygiëne, 8-12-1972'.
264. *Advies GR 1983/11*, 4.
265. 'Verslag 1966-1969', *VMVGZ* 1970, 46-47. Om de procedure te versnellen was aanvankelijk gekozen voor het direct inschakelen van de Gezondheidsraad.
266. KGy of kilogray is een maat voor de energie die het produkt bij de bestraling opneemt.
267. *Advies GR 1981/3 en 1983/11*. Ginjaar concludeerde dat inschakeling van de Gezondheidsraad bij de beoordeling van vergunningsaanvragen van het betrokken bedrijf voor doorstraling van steeds weer andere voedingsprodukten, niet langer paste binnen de wetenschappelijke taakstelling van de Gezondheidsraad. De commissie had immers over de algemene principes voor het beoordelen van de gezondheidskundige aanvaardbaarheid van voedseldoorstraling bij herhaling geadviseerd; dat raamwerk moest de rijksoverheid voldoende houvast bieden om over vergunningsaanvragen te kunnen beslissen. Ginjaar hief de commissie op 1 juni 1988 op. *GR jaarverslag 1988*, 35.

268. Een stralenpaspoort is een document dat een overzicht biedt van de stralenbelasting waaraan de drager van het paspoort eerder heeft blootgestaan. Dit, om onnodige accumulatie van belasting te voorkomen.
269. Onder advieswaarde wordt in het geval van niet-carcinogene stoffen verstaan een schatting van het hoogste nog gezondheidkundig verantwoorde niveau van blootstelling. In het geval van carcinogenen gaat het om dat niveau van blootstelling, waarbij de incidentie van kanker door de overheid verwaarloosbaar klein wordt geacht.
270. Ook voor andere onderdelen van de milieuhygiëne ging de Raad tot risicoschatting en formulering van advieswaarden over. Zo verschenen er adviezen over geluid- en lawaaihinder en over de kwaliteit van zwem- en drinkwater.
271. De criteriadocumenten concentreren zich op het effect van luchtverontreiniging; de basisdocumenten hebben een meer algemeen karakter.

HOOFDSTUK 9

1. Rotschuh, *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, 428-429.
2. Bij 'wel invloed' en 'geen invloed' zijn de adviezen meegerekend waarvan respectievelijk de meerderheid en de minderheid van de aanbevelingen door de regering werd overgenomen.
3. Andere landen met een indirecte inentingsdwang waren: Frankrijk, België, Oostenrijk, Hongarije, Zwitserland, Schotland, IJsland en de Verenigde Staten. Trüb, 'Die Gegner der Pockenschutzimpfung und ihre Propaganda', 69.
4. Deze opvatting werd toentertijd in brede kring gehuldigd. Zie voor een overzicht: Dercksen en Verplanke, *Geschiedenis van de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland*.
5. Het woord 'advieswaarde' kwam later in zwang.
6. Van der Made, 'Inleiding', 9.

HOOFDSTUK 10

1. *Evaluatie en zelf-evaluatie*, 7.
2. *Evaluatie en zelf-evaluatie*, 13.
3. Zie bijvoorbeeld de adviezen over het testen van mensen op besmetting met HIV (*Advies GR 1991/4*) en op erfelijke aanleg voor bepaalde ziekten (*Advies GR 1989/31*).
4. Brandts-Bottema, *Overheid en opvoeding*, 47.
5. Een Amerikaans auteur stelde onlangs zelfs, op grond van de geschiedenis van de bestrijding van geslachtsziekten in zijn land, dat dwang contraproductief werkt. Brandt, 'AIDS in historical perspective'. Het propageren en uitoefenen van dwang bij de bestrijding van geslachtsziekten waren in de Verenigde Staten gebruikelijker dan in Nederland. Een interessante vraag voor nader onderzoek is of, ook in bredere zin, Nederlandse wetenschappers over dwang anders dachten dan hun collega's in de Verenigde Staten en in andere landen.
6. De geschiedenis van de parlementaire behandeling van dit artikel is beschreven in: Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht*, 38-44.
7. Zoals het advies Medisch handelen op een tweesprong (*Advies GR 1991/23*).
8. Met als meest recente voorbeeld het advies Voorbehouden handelingen II (*Advies GR 1992/5*).
9. De Wolff, 'De transformatie van het grijze circuit', 42.
10. *Evaluatie en zelf-evaluatie*, 6.
11. De huidige voorzitter van de Gezondheidsraad, Ginjaar, pleitte onlangs in zijn oratie voor een strikte scheiding tussen de wetenschappelijke en maatschappelijke fase bij de beoordeling van risico's van menselijke activiteiten. Ginjaar, *Gezondheid en milieu: meer dan een getal*, 10-11.
12. Fortuyn, *Ordering door ontvlechting*, 19.
13. Alle vraagstukken waar de Raad over adviseert hebben per definitie politieke implicaties.
14. *Advies GR 1990/26*, 13-15.
15. H.S.G. 1991-1992, II, bijlage 22449.1, 28. Vermelding verdient dat de minister van WVC in januari 1989 de Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek (KEMO) instelde, een onafhankelijke landelijke commissie van deskundigen voor advies over ethische, juridische en algemeen maatschappelijke

vraagstukken die verband houden met beoogd wetenschappelijk onderzoek op medisch terrein. De KEMO, die onder voorzitterschap staat van Borst-Eilers, werkt nauw samen met de Gezondheidsraad, waarbij zij is ondergebracht. Verschil tussen beide colleges is dat de Gezondheidsraad uitsluitend de regering adviseert, terwijl de KEMO ook tot taak heeft instellingen en medisch-ethische commissies rechtstreeks van advies te dienen.

16. Zie respectievelijk *Advies GR 1991/4* en *1989/31*.
17. Verbeeck, 'Huisarts is spil gezondheidszorg', 16.
18. Een recent voorbeeld is het advies Medisch handelen op een tweesprong (*Advies GR 1991/23*) waartegen diverse specialistenverenigingen bezwaar hebben aangetekend.
19. *Bereidheid tot verandering*, 22-23.
20. *H.S.G. 1987-1988*, II, bijlage 19945.1, 45.
21. Fortuyn, *Ordering door ontvlechting*, 19.
22. *H.S.G. 1991-1992*, II, bijlage 22449.1, 27. De regering stelde voor ambtenaren (overigens alleen lid op papier) uit de Raad te plaatsen. Het regeringsstandpunt kreeg in februari 1992 de instemming van de Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, althans wat de passages over de Gezondheidsraad betreft. *H.S.G. 1991-1992*, II, bijlage 22449.2.
23. Voor het bieden van politieke legitimatie is de Gezondheidsraad minder geschikt dan een staatscommissie. Een ander motief voor de regering om af en toe een staatscommissie in te stellen kan zijn het doorbreken van het monopolie van de Gezondheidsraad. Deze hypothese impliceert dat de behoefte aan instelling van een staatscommissie - de wens om het ook eens van een ander te horen - groeit, naarmate de op prestige gebaseerde macht van de Gezondheidsraad toeneemt.
24. *Archief GR*, zonder nr., 'Inventarisatie van buitenlandse organisaties die qua taak en functie overeenkomen met de Gezondheidsraad'.
25. Zie voor een overzicht: Goodman, *Medical Technology Assessment Directory*; Rigter, 'Medische technology assessment: een internationaal perspectief'.
26. Zie voor een overzicht van de situatie in Australië: Kasimba en Singer, 'Australian commissions and committees on issues in bioethics'.
27. Zie voor een overzicht van de Medical Research Councils in onder meer Zweden, Ierland en Canada: Goodman, *Medical Technology Assessment Directory*. Zie voor de geschiedenis van de Medical Research Council in Engeland: Austoker en Bryder, *Historical Perspectives on the Role of the MRC*.
28. Zie voor een overzicht van de situatie in Engeland: Webster, *The health services since the war*.

BRONNEN EN LITERATUUR

1 ARCHIVALIA

- Archief Abraham Kuyper.* (Historisch Documentatiecentrum voor het Nederlands Protestantisme van de Vrije Universiteit, Amsterdam)
- Archief Centrale Gezondheidsraad (CGR) 1902-1920.* (Algemeen Rijksarchief Tweede Afdeling, Den Haag)
- Archief Directoraat-Generaal Volksgezondheid (DGVGZ).* (Ministerie van WVC, Rijswijk)
- Archief Directoraat-Generaal Volksgezondheid (DGVGZ) 1918-1950.* (Algemeen Rijksarchief Tweede Afdeling, Den Haag)
- Archief Dr. C. van den Berg.* (Dr. W.A. van den Berg, Den Haag)
- Archief Gezondheidsraad (GR).* (Gezondheidsraad, Den Haag)
- Archief Gezondheidsraad (nieuw).* (Ministerie van WVC, Den Bosch)
- Archief Gezondheidsraad (oud).* (Ministerie van WVC, Den Bosch)
- Archief ministerie van Financiën, dossier Volksgezondheid.* (Ministerie van Financiën, Den Haag)
- Archief Rijksinstituut voor Oorlogsdocumentatie (RIOD).* (Amsterdam)
- Archief Volksgezondheid en Armwezen 1910-1918.* (Algemeen Rijksarchief Tweede Afdeling, Den Haag)
- Dagboeken N.G. Pierson.* (Afdeling Zeldzame en Kostbare Werken van de Universiteitsbibliotheek van Amsterdam)
- Knipselarchief B.S. Korsten* (2 delen).

2 GEDRUKTE BRONNEN

- Adviezen Gezondheidsraad 1955-1992.* (Gezondheidsraad, Den Haag)
- Berichten en Mededeelingen van den Centralen Gezondheidsraad 1902-1918 en 1920.* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer)
- Gezondheidsraad jaarverslag 1983-1991.*
- Handelingen der Staten-Generaal (H.S.G.).*
- Jaarverslag van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1902-1920.* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer)
- Maandblad van den Centralen Gezondheidsraad 1904-1920.* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer)
- Mededeelingen van den Gezondheidsraad 1921-1931.* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer)
- Volksgezondheid. Orgaan van Medisch Front 1941-1944.* (Rijksinstituut voor Oorlogsdocumentatie, Amsterdam)
- Voorstellen en Verslagen van den Centralen Gezondheidsraad 1902-1920.* (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer)

3 INTERVIEWS

- Mw. prof. dr. E. Borst-Eilers, vice-voorzitter Gezondheidsraad sinds 1985.
- Dr. M. van Eekelen, lid Gezondheidsraad 1950-1970.
- Prof. dr. L. Ginjaar, voorzitter Gezondheidsraad sinds 1985.
- Mr. drs. L.J.J. Gravesteyn, secretaris(-directeur) Gezondheidsraad 1973-1983.
- Prof. dr. A.J.Ch. Haex, voorzitter Gezondheidsraad 1966-1983.
- Prof. dr. C. den Hartog, lid Gezondheidsraad 1950-1976.
- Dr. H. Huizenga, (algemeen) secretaris Gezondheidsraad 1960-1969; lid Gezondheidsraad 1969-1976.
- Dr. R.J.H. Kruisinga, directeur-generaal van de Gezondheidszorg 1965-1967; staatssecretaris van Volksgezondheid 1967-1971.
- Prof. dr. S.A. de Lange, lid Gezondheidsraad 1974-1989.
- Mr. H.J. de Roy van Zuydewijn, secretaris Gezondheidsraad 1975-1987.
- Dr. L.B.J. Stuyt, voorzitter Gezondheidsraad 1983-1985.

Dr. ir. J.P.M. van der Wolf, directeur gemeenschappelijk bureau Gezondheidsraad en Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1971-1978.

Mw. A. Wusten-Overdorp, (directie)secretaresse Gezondheidsraad 1958-1989.

4 LITERATUUR

In de literatuurlijst komen de volgende afkortingen van tijdschriften voor:

GG: Geneeskundige Gids.

MC: Medisch Contact.

MW: Medisch Weekblad.

TGGNWT: Tijdschrift voor de Geschiedenis der Geneeskunde, Natuurwetenschappen, Wiskunde en Techniek.

NTvG: Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde.

TSG: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde.

TSH: Tijdschrift voor Sociale Hygiëne (in de jaren 1899-1902 Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Openbare Gezondheidsregeling geheten, en in 1903- 1904 Tijdschrift voor Sociale Hygiëne en Hygiënische Bladen).

VMVGZ: Verslagen en Medede(e)lingen betreffende de Volksgezondheid.

'Adres van het Congres betreffende het Ontwerp-Woningwet', *TSH* 2 (1900) 327-334.

'Adres van het Congres betreffende het Ontwerp-Gezondheidswet', *TSH* 2 (1900) 335-338.

'Advies over het Ontwerp-Woningwet, uitgebracht door de Gezondheids-Commissie te Amsterdam', *TSH* 2 (1900) 134-139.

'Advies van de studiec ommissie uit den Gezondheidsraad inzake het vraagstuk van de vaccinatie en daarmede samenhangende onderwerpen aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, d.d. 15 September 1930, strekkende tot verdere verlenging van den geldigheidsduur van tijdelijke bepalingen betreffende de vaccinatie, vervat in de Wet van 11 Februari 1928 (Stbl. No. 29)', *VMVGZ* (1930) 1781-1792.

'Advies van den Voorzitter van den Gezondheidsraad, dd. 21 Februari 1934, aan den Minister van Sociale Zaken, betreffende vivisectie', *VMVGZ* (1935) 69-88.

'Advies uitgebracht aan Zijne Excellentie de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake de bezwaren ingebracht tegen verhoging van het fluoridegehalte van het drinkwater', *VMVGZ* (1963) 1429-1465.

'Afdelings-verslag omtrent het gewijzigd Ontwerp-Gezondheidswet', *TSH* 3 (1901) 44-77.

Aldershoff, H., 'De Vleeschkeuringswet (Wet van 25 Juli 1919, Stbl. nr. 524)', *NTvG* 64 (1920) II, 2050-2053.

Aldershoff, H., 'Opleiding voor maatschappelijk-geneeskundige en maatschappelijk-hygiënische betrekkingen', *TSH* 23 (1921) 53-62.

Aldershoff, H., 'Actieve onvatbaarmaking tegen diphtherie', *TSH* 27 (1925) 83-89.

Aldershoff, H., 'Bacteriën-vrije entstof tegen pokken', *TSH* 29 (1927) 329-333.

Aldershoff, H., 'Het pokkenvraagstuk', *TSH* 29 (1927) 433-438.

Aldershoff, H., 'Koepokinenting en encephalitis postvaccinalis', *NTvG* 71 (1927) II, 1825-1830.

Algemeen samenvattend rapport van de encephalitis commissie. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1932.

Algemene informatie over taak en werkwijze van de Gezondheidsraad en van commissies van de Gezondheidsraad ten behoeve van de leden en de ambtelijke adviseurs van de commissies. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1987 (9e druk).

Artsenboekje 1934. Z.pl.: Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1934 (3e druk).

Aussems, E., *De districtsgezondheidsorganisatie.* Deventer, 1946.

Austoker, J. & L. Bryder (red.), *Historical Perspectives on the Role of the MRC. Essays in the history of the Medical Research Council of the United Kingdom and its predecessor, the Medical Research Committee, 1913-1953.* Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press, 1989.

Backer Dirks, O. & K.C. Winkler, 'Fluoridering van het drinkwater in Nederland', *NTvG* 96 (1952) 2311-2314.

Backer Dirks, O. e.a., 'Fluoride toevoeging aan drinkwater. Resultaat van het onderzoek Tiel-Culemborg. Tandcariës van proximale vlakken', *Tijdschrift voor Tandheelkunde* 68 (1961) 851-863.

Bakhuis Roozeboom, H.W., 'Biologische reiniging van rioolvocht', *TSH* 3 (1901) 33-39.

Banning, C., 'Voeding en voedingstoestand', in: Boerema, *Medische ervaringen in Nederland tijdens de bezetting 1940-1945*, 17-41.

- Banning, C., 'De volksgezondheid', in: *Onderdrukking en verzet*, deel 2, 331-346.
- Bartels, A.J.H., *Bijdrage tot de ordening van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1950.
- Beaufort, I.D. de & H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*. Assen: Van Gorcum, 1988.
- Beaufort, I.D. de & H.M. Dupuis, 'De morele positie van de ongeborene', in: De Beaufort en Dupuis, *Handboek Gezondheidsethiek*, 378-394.
- Beaufort, I.D. de & H.M. Dupuis, 'Ethische vragen met betrekking tot weefsel- en orgaantransplantatie', in: De Beaufort en Dupuis, *Handboek Gezondheidsethiek*, 589-596.
- 'Beknopt rapport der studiegcommissie uit den Gezondheidsraad inzake het vraagstuk van de vaccinatie en daarmee samenhangende onderwerpen', *VMVGZ* (1929) 1279-1331.
- Bereidheid tot verandering. Advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: DOP, 1987 (2e druk).
- Berg, C. van den, 'Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid', *TSG* 43 (1965) 682-688.
- Berg, C. van den, 'Over het ontstaan van de voedingsorganisatie T.N.O. en van de Voedingsraad en over het werk van deze laatste gedurende de bezetting', *Voeding* 26 (1965) 299-309.
- Berg, J.H. van den, *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach, 1970 (12e druk).
- Berghuijs, J.T., *Toxicologische beoordeling van stoffen door de Gezondheidsraad*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1989.
- Bergsma, D., 'Tuberculose bij verplegend personeel in het sanatorium, zonder en met B.C.G.-vaccinatie', *NTvG* 94 (1950) 1434-1445.
- Bergsma, E., 'De strijd tegen het stof op de wegen', *TSH* 6 (1904) 357-363.
- Beukers, A.C.M., *Het beroepsgeheim van den geneesheer*. 's-Gravenhage: Ten Hagen, 1915.
- Beunders, B.J.W., 'Het vaccinatiebeleid bij de Nederlandse Land- en Luchtmacht', *NTvG* 101 (1957) 1770-1774.
- Bezemer, F., 'P.A. van Luijt', *NTvG* 98 (1954) 3513-3514.
- Binneveld, H. (red.), *Een zaak van vertrouwen. Arbeidsinspectie 1890-1990*. 's-Gravenhage: SDU, 1991.
- Biografisch Woordenboek van Nederland*. Tweede deel. Amsterdam: Elsevier, 1985.
- Blooker, C.F.J. & R.H. Saltet, 'Inleiding tot de bespreking der eischen, die aan een wet, regelende het Staatstoezicht op de volksgezondheid, behooren gesteld te worden', *TSH* 2 (1900) 114-126.
- Boekel, P.N., 'De stichting tot wetenschappelijke voorlichting op voedingsgebied een kwart eeuw oud', *Voeding* 26 (1965) 290-298.
- Boerema, I. (red.), *Medische ervaringen in Nederland tijdens de bezetting 1940-1945*. Groningen/Batavia: J.B. Wolters, 1947.
- Bokkel Huinink, S.A. ten, *Voeding van gezonde en zieke werklozen*. Leiden, 1936.
- Borgesius, H. Goeman, 'Ontsmetting en onteigening in de Tweede Kamer', *TSH* 12 (1910) 293-296.
- Borgesius, H. Goeman, 'Het Vaccinewetje', *TSH* 13 (1911) 106-108.
- Borst-Eilers, E. & H. Rigter, 'De rol van de arts bij het vergaren van genetische gegevens; rechten en plichten', in: *De maatschappelijke gevolgen van erfelijkheidsonderzoek*, 69-75.
- Borst-Eilers, E. e.a. (red.), *Continuïteit en verandering. De zorgagenda voor de jaren '90. Liber amicorum aangeboden aan Prof. Drs. J. van Londen ter gelegenheid van zijn afscheid als Directeur-generaal van de Volksgezondheid van 1977 tot 1991*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- Bosman-Jelgersma, H.A., 'De Nederlandse farmacie tijdens de Tweede Wereldoorlog', *TGGNWT* 14 (1991) 210-221.
- Bouwdiijk Bastiaanse, F.S. van, 'Een geval van encephalitis door het pokkenvirus?', *NTvG* 69 (1925) I, 1199-1205.
- Brandt, A.M., 'AIDS in Historical Perspective: Four Lessons from the History of Sexually Transmitted Diseases', *American Journal of Public Health* 78 (1988) 367-371.
- Brandts-Bottema, G.W., *Overheid en opvoeding. Onderzoek naar de motivering door politieke partijen van formele wetgeving of pogingen daartoe, betreffende de overheidsbemoeiingen met de verzorging en opvoeding van kinderen door hun ouders, in de periode 1870-1987*. Arnhem: Gouda Quint, 1988.
- Brenkman, C., 'Verslapping van den vaccinatie dwang', *TSG* 2 (1924) 29-32.
- Brenkman, C., 'De positie der vroedvrouwen bedreigd', *TSG* 5 (1927) 135-138.
- Brenkman, C., 'Algemeen plan tot organisatie van de gezondheidszorg', *TSG* 19-20 (1941-1942) 41-47.
- Broeksmit, C., *De geschiedenis der pokken in Nederland van 1865 tot 1885*. Rotterdam: J. de Jong, 1887.
- Bruinsma, G.W., 'De Gezondheidswet', *MW* 6 (1899/1900) 412-414.

- Bruinsma, G.W., 'De Gezondheidswet', *Vragen des Tijds* 1 (1900) 207-250.
- Bruinsma, G.W., 'De levensverzekeringsmaatschappijen op den goeden weg', *MW* 10 (1903-1904) 373-374.
- Bruinsma, G.W., 'Het voornaamste in de voorgestelde wijziging der epidemiewet', *MW* 18 (1911-1912) 105-110.
- Bruinsma, V., 'De Gezondheidswet', *Bildtsche Courant* 31 (28-09-1899).
- Bruijn, J. de, *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*. Amsterdam: Van Gennep, 1979.
- Burger, H., 'De statistiek der adenoïde vegetaties', *NTvG* 49 (1905) I, 1328-1352.
- Burger, H., 'De Vereeniging tegen de Kwakzalverij', *NTvG* 49 (1905) II, 1341-1345.
- Burger, H., 'De kwakzalverij en de pers', *NTvG* 52 (1908) I, 1829-1835.
- Bijl, J.P., 'Pokken - vaccinatie - encephalitis', *VMVGZ* (1935) 833-847.
- Bijl, J.P., 'Een Nederlandsche Hygienistenschool', *VMVGZ* (1946) 14-19.
- Bijl, J.P., 'Gezondheidsingenieur en hygiënist', *NTvG* 91 (1947) 570-574.
- Cannegieter, D., *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet*. Assen: Van Gorcum, 1954.
- 'Centrale Gezondheidsraad', *TSH* 4 (1902) 367-382.
- 'Commissie inzake kunstmatige inseminatie bij de mens', *VMVGZ* (1965) 799-848.
- Cool, W., 'Generaal-Majoor J.T.T.C. van Dam van Isselt 1842-1916', *De Militaire spectator. Tijdschrift voor het leger in Nederland en dat in de overzeesche bezittingen* 85 (1916) 557-583.
- Cutler, J.C. & R.C. Arnold, 'Venereal Disease Control by Health Departments in the Past: Lessons for the Present', *American Journal of Public Health* 78 (1988) 372-376.
- Dekking, F., 'Recente publikaties over vaccinatie met levend poliovaccin', *NTvG* 104 (1960) 2000-2003.
- Delden, J.J.M. van, *Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1991.
- Dentz, L.F., *Enkele opmerkingen over het ontwerp van wet regelende het Staatstoezicht op de volksgezondheid*. Amsterdam: Becht, 1899.
- Dercksen, A. & L. Verplanke, *Geschiedenis van de onmaatschappelijkheidsbestrijding in Nederland, 1914-1970*. Meppel: Boom, 1987.
- Dieren, E. van, 'Dr. Schouten, Zal hij bij dreigend pokkengevaar zijne niet-gevaccineerde kinderen inenten, ja dan neen?', *NTvG* 47 (1903) I, 583-591.
- Dieren, E. van, 'Het rapport der commissie voor de herziening der wet op de besmettelijke ziekten = Dilettantenwerk van inferieure kwaliteit?', *NTvG* 47 (1903) I, 1481-1489.
- 'Discussienota van de Werkgroep Euthanasie', *MC* 30 (1975) 7-16.
- Doek, J.E., 'Polio: Ook een zaak voor justitie', *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 33 (1978) 637-652.
- Dols, M.J.L. & D.J.A.M. Van Arcken, 'De voedselvoorziening in Nederland tijdens en onmiddellijk na den Tweeden Wereldoorlog 1940-1945', *Voeding* 6 (1944-1946) 194-207.
- Dols, M.J.L., 'In memoriam Stephanus Louwe Louwes', *Voeding* 14 (1953) 105-109.
- Doorenbos, W.B., 'De Centrale Commissie voor de Hoornvliessentra van het Nederlandsche Roode Kruis', *NTvG* 94 (1950) 2502-2503.
- Douma, J. & W.H. Velema, *Polio. Afwachten of afweren?* Amsterdam: Ton Bolland, 1979.
- Drinkwatervoorziening in Nederland 1913-1938. Gedenkboek ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening en van het Rijksbureau voor Drinkwatervoorziening*. Den Haag: Moorman's Periodieke Pers, 1938.
- 'Dr. J.J. Brutel de la Rivière 60 jaar arts', *NTvG* 116 (1972) 585-586.
- Drogendijk, A.C., 'Enkele meeningen in zake vaccinatiedwang', *GG* 15 (1937) 909-916 en 935-948.
- Drogendijk, A.C., 'Organisatie van de volksgezondheidszorg', *TSG* 33 (1955) 373-376.
- Duinen, A.T. van, 'Het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk', *TSG* 33 (1955) 73-74.
- Duparc, A., 'Ontsmettingsdienst', *TSH* 5 (1903) 101-106.
- Dupuis, H.M., 'De gevraagde dood, euthanasie en hulp bij zelfdoding', in: Beaufort en Dupuis, *Handboek Gezondheidsethiek*, 461-472.
- Eerste, 'De — Nederlandsche gediplomeerde Artsen-hygiënisten', *TSG* 5 (1927) 103-104.
- Emde Boas, C. van, 'De behandeling van transseksisten in Nederland 1953-1973. Een les van 20 jaar attitudeschommelingen', *MC* 29 (1974) 475-478.

- Enklaar, J.E., 'Het septic-tank-stelsel', *TSG* 45 (1901) 1118-1133.
- Enklaar, J.E., 'Naar aanleiding van Dr. Jenny Weijerman's opstel over het septic-tank-stelsel', *NTvG* 46 (1902) I, 336-349.
- Esch, P. van der, *Geschiedenis van het Staatstoezicht op Krankzinnigen*. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1975-1980 (3 delen).
- Evaluatie en zelf-evaluatie 1988*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1988.
- Eijkel, R.N.M., *Overzicht over het sociaal hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den dienst der volksgezondheid. Hygiëne van het kind. Bestrijding der tuberculose. Bestrijding van de geslachtsziekten*. 's-Gravenhage: Alg. Landsdrukkerij, 1932 (2e druk).
- Festen, H., *125 jaar geneeskunst en maatschappij. Geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*. Z.pl., 1974.
- Festen, H., *Spanningen in de gezondheidszorg. 25-jaar Centrale Raad voor de Volksgezondheid*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1985.
- Fischer, J.C.H., 'Kleine verplaatsbare ontsmettingstoestellen', *TSH* 9 (1907) 36-40.
- 'Fluoridering van drinkwater in Nederland', *Tijdschrift voor Tandheelkunde* 71 (1964) 142-146.
- Fortuyn, W.S.P., *Ordering door ontvlechting. Een advies over de adviesstructuur in de volksgezondheid*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.
- Gebouw, 'Het — voor den Centralen Gezondheidsraad en de laboratoria ten behoeve van het Staatstoezicht voor de Volksgezondheid', *TSH* 12 (1910) 97-104.
- Gedenkboek der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bij haar vijf-en-zeventig jarig bestaan*. Amsterdam, 1924.
- Gedenkboek der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ter gelegenheid van haar honderdjarig bestaan 7-8-9 Juli 1949*. Amsterdam: J.H. Bussy, 1949.
- 'Geldigheidsduur der tijdelijke bepalingen betreffende de vaccinatie. Advies van den Voorzitter van den Gezondheidsraad, d.d. 30 Juli 1934, aan Zijne Excellentie den Minister van Sociale Zaken', *VMVGZ* (1934) 799-807.
- Gevaren, 'De —, verbonden aan het gebruik van röntgen- en daarmee gelijk te stellen stralen, en middelen ter voorkoming van die gevaren', *VMVGZ* (1926) 291-318.
- Gezondheidswet, 'De — 1956', *TSG* 35 (1957) 585-591.
- Gils, J.B.F. van, *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose*. 's-Gravenhage: NCV, 1928.
- Ginjaar, L., *Gezondheid en milieu: meer dan een getal*. Maastricht: RUL, 1992.
- Gispen, R., 'Enting tegen poliomyelitis met verschillende vaccins', *NTvG* 106 (1962) 1767-1771.
- Goodman, C. (red.), *Medical Technology Assessment Directory. A pilot reference to organizations, assessments, and information resources*. Washington DC: National Academy Press, 1988.
- Götte, W.K.M., 'Het Wets-Ontwerp tot nadere wijziging en aanvulling der Wet van 4 December 1872, Stbl. no. 134', *TSH* 6 (1904) 19-29 en 45-49.
- Goudsmit, C.J., 'De nieuwe Gezondheidswet', *TSG* 34 (1956) 119-122.
- Goudsmit, C.J. & J. de Vries, 'Volksgezondheid in de departementale sfeer', in: *Volksgezondheid in ontwikkeling*, 118-127.
- Goudsmit, C.J. & L.J.J. Gravesteyn, 'Doel en werkwijze van de Gezondheidsraad', *NTvG* 119 (1975) 1468-1471.
- Goudsmit, D.J. & C.J. van der Loo, 'Bijdrage tot de kennis van de tuberculeuse besmetting in de school', *NTvG* 72 (1928) 520-533.
- Greshoff, M., 'Suiker of saccharine?', *NTvG* 50 (1906) I, 1373-1384.
- Grinten, T. van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek*. Baarn: Ambo, 1987.
- Grondslagen voor een wettelijke regeling van de gezondheidszorg. Rapport van het Centrum voor Staatkundige Vorming*. 's-Gravenhage: Centrum voor Staatkundige Vorming, 1950.
- Grosheide, F.W., 'Transsexisme en gezondheidsrecht', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2 (1978) 221-239.
- Habbema, J.D.F. e.a. (red.), *Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1989.

'Handelingen van de buitengewone algemeene vergadering der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst', *NTvG* 44 (1900) I, 510-554.

'Handleiding ten gebruike van vroedvrouwen, samengesteld door de hiertoe ingestelde commissie uit den Gezondheidsraad, betreffende haar bevoegdheid naar aanleiding van de art. 15 t/m 17 van de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst', *VMVGZ* (1934) 395-409.

Hardy, A., 'Smallpox in London: factors in the decline of the disease in the nineteenth century', *Medical History* 27 (1983) 111-138.

Hartog, C. den, 'De voedingsvoorlichting in dezen tijd', *NTvG* 85 (1941) 3860-3863 en 4551-4553.

Hartog, C. den, 'Voedingsvoorlichting in oorlogstijd', *TSG* 20 (1942) 37-39.

Hartog, C. den, 'Tien jaren Voedingsraad', *Voeding* 11 (1950) 199-215.

Hartog, C. den, 'Gedachten bij het 12½-jarig bestaan van het Voorlichtingsbureau van de Voedingsraad', *Voeding* 14 (1953) 410-415.

Hartog, C. den & Th.F.S.M. van Schaik, 'Vijfentwintig jaar Voorlichtingsbureau voor de Voeding', *Voeding* 26 (1965) 398-405.

Hartog, C. den, 'Beschouwingen over de Voedingsraad', *Voeding* 37 (1976) 75-86.

'Heilgymnastiek en massage. Rapport, onder dagteekening van 15 December 1931 aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid uitgebracht door den Voorzitter van den Gezondheidsraad', *VMVGZ* (1932) 1-13.

Hemmes, G.D., 'Over de epidemiologie van de poliomyelitis anterior acuta', *VMVGZ* (1946) 519-559.

Hemmes, G.D., 'Besmettelijke ziekten. Epidemiologie en praeventieve maatregelen', in: Boerema, *Medische ervaringen in Nederland tijdens de bezetting 1940-1945*, 105-129.

Hemmes, G.D., 'Bestrijding van Pokken en Postvaccinale Encephalitis', *TSG* 28 (1950) 5-11.

Heijermans, L., *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam: Ontwikkeling, 1929.

Heijermans, L., *De pokziekte Alastrim: haare beteekenis, verspreiding en bestrijding*. Amsterdam: Scheltens & Giltay, 1929.

Heijermans, L., 'Bestrijding der geslachtsziekten', *NTvG* 80 (1936) 5392-5399.

Hoeve, M. van der, 'Ondervoeding?', *NTvG* 63 (1919) I, 1948-1951.

Hoeven, H.C. van der, *Ziekenfondsen en de Duitse bezetting. De werkelijkheid over het Ziekenfondsbesluit 1941*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1989.

Hofman, B., 'Vaccinatie tegen poliomyelitis', *Maandschrift voor Kindergeneeskunde* 24 (1956) 141-149.

Hooft van Huysduynen, J.J., *Geschiedenis van het geslacht Van Dam van Isselt*. Bilthoven, 1965.

Houwaart, E.S., *De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 1991.

Huisman, J., 'Vaccinatie tegen kinderverlamming in Nederland', *MC* 33 (1978) 762-764.

Huizinga, J. Menno, 'Het gewijzigde Ontwerp-Gezondheidswet', *NTvG* 45 (1901) I, 226-235.

Huizinga, T., 'Geneesmiddelenverzorging', in: Boerema, *Medische ervaringen in Nederland tijdens de bezetting 1940-1945*, 187-226.

Hulshoff Pol, D.J., 'Alastrim in Nederland', *NTvG* 73 (1929) 5039-5043.

Hijmans van den Bergh, A.A., 'De cholera te Rotterdam', *NTvG* 53 (1909) II, 847-854.

'Inenting tegen pokken in het eerste levensjaar. Brief van den Voorzitter van den Gezondheidsraad inzake de vaccinatie en de daarmee samenhangende onderwerpen, aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, d.d. 21 Januari 1930', *VMVGZ* (1930) 1-8.

'Inenting tegen kinderverlamming', *MC* 11 (1956) 351.

Invloed, De — van den oorlogstoestand op den gezondheidstoestand van het Nederlandsche volk. Rapport uitgebracht door de met het onderzoek naar dien toestand belaste commissie uit den Centralen Gezondheidsraad. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1921.

Jaaradvies Gezondheidszorg 1991. Den Haag: Gezondheidsraad, 1992.

Jaarboek 1985. Toekomstverkenningen op medisch gebied. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1985.

Jaarverslag KEMO 1989/1990. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.

Jannink, G., 'Geschiedenis der Centrale Commissie voor Drinkwatervoorziening', in: *Drinkwatervoorziening in Nederland 1913-1938*, 9-21.

Jansen, B.C.P., 'Over het verband tusschen krop en jodiumarmoede van de voeding', *NTvG* 68 (1924) II, 348-360.

- Janssen, R. e.a. (red.), *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg. Het grijze circuit belicht*. Lochem/Gent: De Tijdstroom, 1987.
- Jaspers, J.B., *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid, ziekenfondsen en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.
- Jitta, N.M. Josephus, 'Een ontluizingskast', *TSH* 21 (1919) 51-57.
- Jitta, N.M. Josephus, 'Dr. W.P. Ruysch', *NTvG* 64 (1920) II, 112-114.
- Jitta, N.M. Josephus, 'Internationaal werk op het gebied der hygiëne', *NTvG* 71 (1927) I, 1236-1250.
- Jong, L. de, *Het Koninkrijk der Nederlanden in de Tweede Wereldoorlog, 1939-1945*. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff, 1969-1988 (13 delen).
- Juffermans, P., *Staat en gezondheidszorg in Nederland. Met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945-1970*. Nijmegen: SUN, 1982.
- 'Juridische en ethische bezwaren tegen fluoridering van leidingwater', *NTvG* 107 (1963) 1238-1239.
- Kalwij, A.S., *De epidemiologie van de poliomyelitis in Nederland*. Assen: Van Gorcum, 1959.
- Kappelhof, A.C.M., *Tussen aansporen en opsporen. Geschiedenis van 25 jaar Staatstoezicht op de Volksgezondheid 1965-1990*. 's-Gravenhage: SDU, 1990.
- Kapteijn, H.P., 'Het Ontwerp-Gezondheidswet', *MW* 6 (1899/1900) 541-546.
- Kasimba, P. & P. Singer, 'Australian commissions and committees on issues in bioethics', *The Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1989), 403-424.
- Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek. Jaarverslag 1989 en 1990*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.
- Kersbergen, L.C., *Geschiedenis van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem*. Haarlem: Joh. Enschedé, 1931.
- Kersbergen, L.C., 'Onze volksgezondheid in verleden, heden en toekomst', *TSG* 24 (1946) 310-325.
- Kersbergen, L.C., *Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van de Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose*. 's-Gravenhage: 1953.
- Keuter, E.J.W., *Predisposition to postvaccinal encephalitis. Significance of constitution, especially the status dysraphicus in the genesis of postvaccinal encephalitis*. Amsterdam/London/New York/Princeton: Elsevier, 1960.
- Klinkert, J.J., *Verloskundigen en artsen. Verleden en heden van enkele professionele beroepen in de gezondheidszorg*. Alphen a/d Rijn/Brussel: Stafleu, 1980.
- Knecht-van Eekelen, A. de, 'Abraham Pieter Fokker (1840-1906) en de serumtherapie bij difterie', *TGGNWT* 7 (1984) 161-171.
- Knecht-van Eekelen, A. de, *Naar een rationele zuigelingenvoeding. Voedingsleer en kindergeneeskunde in Nederland (1840-1914)*. Nijmegen: Thieme, 1984.
- Kooperberg, Ph., 'De volksgezondheid in ons parlement', *De Tijdspiegel* (1899) III, 241-265 en 370-396.
- Kooperberg, Ph., 'Het geneeskundig Staatstoezicht en het Staatstoezicht op de volksgezondheid', *De Tijdspiegel* (1900) I, 269-296.
- Korst, J.K. van der, *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland circa 1200-1960*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- Kortenhoeven, D., *100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep*. Arnhem: Gouda Quint, 1989.
- Korteweg, R., 'Roken en longkanker', *NTvG* 99 (1955) 2401-2404.
- Korteweg, R., 'Huisarts, roken, en de preventie van longkanker', *VMVGZ* (1958) 807-858.
- Kossmann, E.H., *De lage landen 1780-1940. Anderhalve eeuw Nederland en België*. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1976 (3e druk).
- Kramer, P.H., 'Brief over de "alastim" te Rotterdam', *GG* 7 (1929) 846-854.
- Kramer, P.H., 'Tweede brief over de Rotterdamsche epidemie', *GG* 7 (1929) 938-944.
- Kremer, J., 'Ethische en juridische aspecten van kunstmatige inseminatie, buitenlichamelijke bevruchting en kunstmatige embryotransplantatie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 3 (1979) 107-113.
- Kropbestrijding, 'De --- in Nederland in de jaren 1932 tot 1939. Verslag der werkzaamheden van de Struma-commissie', *VMVGZ* (1939) 863-927.
- Kropbestrijding, 'De --- in Nederland in de jaren 1940-1947', *VMVGZ* (1947) 309-328.
- Kropveld, A., 'Het een en ander omtrent caisson-ziekten, waargenomen aan het westelijk viaduct te Amsterdam', *MW* 13 (1906-1907) 354-356.

Kropvraagstuk, Het — in Nederland. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1932.

Krul, W.F.J.M., 'Biografische flitsen', in: *Volksgezondheid in ontwikkeling*, 219-223.

Leerboek der tuberculosebestrijding. 's-Gravenhage: KNCV, 1977 (12e druk).

Leenen, H.J.J., *Handboek Gezondheidsrecht. Rechten van mensen in de gezondheidszorg.* Alphen a/d Rijn: Samsom, 1988 (2e druk).

Leenen, H.J.J., 'Orgaantransplantatie', *NTvG* 133 (1989) 1084-1091.

Leeuwen, Th.M. van, 'De bestrijding der geslachtsziekten', *NTvG* 64 (1920) I, 112-115, 201-205, 285-287 en 365-367.

Leeuwen, Th.M. van, '20 jaar bestrijding der geslachtsziekten in Nederland', *NTvG* 78 (1934) 5162-5167.

Levie, L.H., 'De indicaties voor homologe kunstmatige inseminatie', *NTvG* 103 (1959) 1611-1615.

Levie, L.H., 'Een enquête over de gevolgen van donor-inseminatie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 63 (1963) 147-160.

Lieburg, M.J. van, 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland', *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453.

Lieburg, M.J. van, *Het Coolsingelziekenhuis te Rotterdam (1839-1900). De ontwikkeling van een stedelijk ziekenhuis in de 19e eeuw.* Amsterdam: Rodopi, 1986.

Lietaart Peerbolte, L., *Besmettelijke Ziektenwet.* Alphen a/d Rijn, 1929.

Lindeboom, G.A., *Euthanasie in historisch perspectief.* Amsterdam: Rodopi, 1978.

Lindeboom, G.A., *Euthanasie en Euthanasiasme.* Apeldoorn: Willem de Zwijger Stichting, 1979.

Lindeboom, G.A., *Dutch medical biography. A biographical Dictionary of Dutch Physicians and Surgeons 1475-1975.* Amsterdam: Rodopi, 1984.

Lintsen, H.W., *Ingenieurs in Nederland in de negentiende eeuw. Een streven naar erkenning en macht.* 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff, 1980.

Loghem, J.J. van, 'Opleiding van hygiënisten', *NTvG* 64 (1920) II, 1832-1834.

Loghem, J.J. van e.a., 'De Amsterdamsche leergangen tot opleiding van hygiënisten', *NTvG* 73 (1929) 469-477.

Loghem, J.J. van, 'Lepra-bestrijding in Nederland', *NTvG* 75 (1931) 3336-3339.

Loghem, J.J. van, 'Regeling der vrijwillige inenting', *NTvG* 79 (1935) 3332-3334.

Loghem, J.J. van, 'Louis Heijermans 22 December 1873-22 Juli 1938', *NTvG* 82 (1938) 3720-3723.

Loghem, J.J. van, 'Nicolaas Marinus Josephus Jitta 16 Mei 1858-5 Juni 1940', *NTvG* 84 (1940) 2216-2218.

Loghem, J.J. van, 'Opleiding van hygiënisten', *NTvG* 90 (1946) 1344-1346.

Loghem, J.J. van & A.Ch. Ruys, 'Gezondheidsingenieur en hygiënist', *NTvG* 90 (1946) 1580-1582.

Loghem, J.J. van, *Algemene gezondheidsleer.* Amsterdam/Antwerpen: Kosmos, 1956 (6e druk).

Loghem, J.J. van, 'De nieuwe Gezondheidswet', *NTvG* 100 (1956) 238-239.

Louter, J. de, 'Generaal Van Dam van Isselt', *Eigen Haard. Geïllustreerd Volkstijdschrift* 42 (1916) 609-613.

Maas, P.F., *Parlement en Polio.* 's-Gravenhage: SDU, 1988.

Maathuis, R., *De diphtherie in de loop der eeuwen.* Amsterdam: H.J. Paris, 1938.

Maatschappelijke, De — gevolgen van erfelijkheidsonderzoek. Verslag van een conferentie op 16-17 juni 1988. 's-Gravenhage: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1988.

Mackenbach, J.P., *De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland.* Utrecht: Bunge, 1992.

Made, J.H. van der, 'Inleiding', in: Janssen, *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg*, 9-15.

Man, W. de, 'Eenige mededeelingen omtrent de Ankylostomiasis in het algemeen en de mijnen in Limburg', *TSH* 6 (1904) 129-134.

McKeown, *The role of medicine. Dream, mirage, or nemesis?* London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

Medische ethiek. Amsterdam/Heemstede/Rotterdam: NMG, 1936.

Medische ethiek en gedragsleer. Amsterdam: KNMG, 1959.

Meerjarenvisie en -jaarplan 1986. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1986.

Meershoek, A.M., *De constructie van adviezen. Een evaluatie van de adviezen over ioniserende straling uitgebracht door de Gezondheidsraad tussen 1955 en 1989.* 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1992. (in druk)

Methorst, H.W., 'Invloed van den oorlogstoestand op de sterfte in Nederland', *TSH* 20 (1918) 165-170.

Meurer, R.J.Th., 'Vroedvrouw en zuigelingenverzorging', *NTvG* 65 (1921) I, 338-343.

Meurer Jr., R.Th., 'De positie van de vroedvrouw', *NTvG* 84 (1940) 856-864.

- Meurs, R. van, *De Zwolsman-connection. Een meester-speculant en zijn christen-democratische vrienden*. Amsterdam, 1977.
- Mol, C., 'Organisatieplan voor de Volksgezondheid', *MC* 1 (1945) 12-29.
- Montijn, I., *Aan tafel! Vijftig jaar eten in Nederland*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos, 1991.
- Mulder, T., 'De Voedingsraad', *Voeding* 22 (1961) 172-185.
- Muntendam, P., *De sociale betekenis van reumatiek. Tevens bijdrage tot de ziektewetstatistiek*. Assen: Van Gorcum, 1936.
- Muntendam, P., 'Tuberculose-eradicatie?', *NTvG* 107 (1963) 1385-1388.
- Muntendam, P., *Zestig jaar in de gezondheidszorg*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1984.
- Nabrink, G., *Seksuele hervorming in Nederland. Achtergronden en geschiedenis van de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH), 1881-1971*. Nijmegen: SUN, 1978.
- Nanning, W., *Encephalitis postvaccinalis*. Deventer: Kluwer, 1961.
- Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde 1914-1989*. Amsterdam: Euro Book Productions, 1989.
- Noordaa, J. van der, *Primary vaccination of adults with an attenuated strain of vaccinia virus*. 's-Gravenhage: Van Stockum, 1964.
- Noordman, J., *Om de kwaliteit van het nageslacht. Eugenetica in Nederland 1900-1950*. Nijmegen: SUN, 1989.
- Nota 2000 over de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid. Feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1986.
- Onderdrukking en verzet. Nederland in oorlogstijd*. Arnhem: Loghum Slaterus, 1954 (4 delen).
- 'Ontwerp van wet tot regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en ontwerp van wet tot wijziging van art. 35 der Woningwet', *TSH* 21 (1919) 117-131.
- 'Ontwerp van wet tot wijziging van de gezondheidswet', *TSH* 21 (1919) 171-188.
- Oosterbaan, G., *De Gezondheidswet en de Woningwet, met inleidingen, aantekeningen en alphabetisch register*. Groningen, 1901.
- Oosterbaan, G., 'Het rapport der commissie voor de herziening der wet op de besmettelijke ziekten', *NTvG* 47 (1903) II, 43-51.
- Oosterhuis, H., *De smalle marges van de roomse moraal. Homoseksualiteit in katholiek Nederland 1900-1970*. Amsterdam: SUA, 1992.
- Otterloo, A.H. van, *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990). Een historisch-sociologische studie*. Amsterdam: Bert Bakker, 1990.
- Peeters, H., 'Beschouwingen over het vaccinatievraagstuk', *GG* 15 (1937) 359-368.
- Pekelharing, C.A., 'Een onrechtvaardig oordeel', *NTvG* 55 (1911) I, 2109-2112.
- Pinkhof, H., 'Beroepsbelangen. Mededeeling der doodsoorzaak aan de levensverzekerings-maatschappij', *NTvG* 47 (1903) I, 632-636.
- Polak, M.F., 'De werkzaamheid van een geïnactiveerd poliomyelitisvirus als vaccine', *NTvG* 99 (1955) 1847-1850.
- Polak, M.F., 'Vergelijking van twee vaccinia-stammen bij enting van zuigelingen', *NTvG* 108 (1964) 458-464.
- Polman, A., 'De Gezondheidsorganisatie T.N.O.', *NTvG* 95 (1951) 644-647.
- Prakken, J.R., 'Dr. J. Wester 65 jaar', *NTvG* 110 (1966) 595.
- Putto, J.A., 'Het ontwerp Gezondheidswet', *TSG* 31 (1953) 315-319.
- Querido, A., *Een eeuw Staatstoezicht op de Volksgezondheid*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1965.
- Rapport van de Staatscommissie benoemd bij K.B. 31 Juli 1917 aan welke is opgedragen een onderzoek in te stellen naar de doeltreffendheid van de door niet wettelijk toegelaten beoefenaren van de geneeskunst, toegepaste geneeswijze en naar de door dezen verkregen resultaten*. 's-Gravenhage: J. & H. van Langenhuisen, z.j.
- 'Rapport der Commissie van praeadvies over het Ontwerp-Gezondheidswet', *MW* 6 (1899/1900) 507-510.
- 'Rapport over het wetsontwerp tot regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, uitgebracht door de Gezondheidscommissie te Amsterdam', *TSH* 2 (1900) 127-133.

- 'Rapport der commissie benoemd om een onderzoek in te stellen onder de Nederlandsche geneeskundigen naar mogelijke schadelijke gevolgen der vaccinatie', *NTvG* 46 (1902) I, 1361-1370.
- 'Rapport der Commissie tot het onderzoeken van den omvang en de oorzaken van de verontreiniging van de Vecht en van de middelen om aan deze verontreiniging een einde te maken', *VMVGZ* (1921) 337-339.
- Rapport van de commissie voor vereenvoudiging en ineenvoeging van medische rijksdiensten, uitgebracht aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid*. 's-Gravenhage: Alg. Landsdrukkerij, 1925.
- 'Rapport van de commissie, uitgenoodigd door den voorzitter van den Gezondheidsraad hem haar zienswijze te doen kennen omtrent den aard der als alastrim aangeduide epidemie', *NTvG* 73 (1929) 4937-4951.
- Rapport inzake corporatieve organisatie van de gezondheidszorg*. Z.pl., 1940.
- 'Rapport van de Commissie ter bestudeering van de Organisatie der gezondheidszorg ingesteld door de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde, de Algemeene Nederlandsche Vereeniging v. Sociale Geneeskunde, de Algemeene Nederlandsche Vereeniging Het Groene Kruis en de Nationale Federatie Het Wit-Gele Kruis', *TSG* 18 (1940) 1-24.
- Rapport inzake Reorganisatie van de Volksgezondheidszorg, opgesteld door de Commissie-Banning*. Z.pl., 1946.
- 'Rapport inzake de behandelingsmethode Dr. Samuels', *VMVGZ* (1949) 2-97.
- Rapport betreffende het onderzoek naar de voedings- en gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de jaren 1941-1945, uitgezonderd de z.g. hongervinter (1944-1945)*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1953.
- Rapport omtrent de pokkenepidemie te Tilburg in 1951*. 's-Gravenhage, 1953.
- 'Rapport van de studiec commissie inzake kunstmatige inseminatie bij de mens', *MC* 17 (1962) 121-128.
- 'Rapport Commissie kunstmatige inseminatie bij de mens', *VMVGZ* (1965) 801-848.
- Rapport van de Staatscommissie euthanasie*. 's-Gravenhage, 1985 (2 delen).
- Rees-Wortelboer, M. M. van e.a., 'Jodium en krop in Nederland', *NTvG* 131 (1987) 1821-1824.
- Regeling van de distributie van ziekenvoedsel*. Z.pl.: Voedingsraad, 1940.
- Reith, J.F. & L.W. van Esveld, 'De toelaatbare hoeveelheid lood in drinkwater, de dagelijksche loodopneming door den normalen mensch en het vraagstuk der chronische loodintoxicatie', *NTvG* 83 (1938) 5632-5639.
- Remijnse, J., 'Organisatie van de Gezondheidszorg', *TSG* 24 (1946) 360-369.
- Rigter, H., *De proef op de som. Over onderzoek en evaluatie in de gezondheidszorg*. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1988.
- Rigter, H., 'Medische technology assessment: een internationaal perspectief', in: Habbema, *Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid*, 207-215.
- Rigter, H., *Het sociale gezicht van de geneeskunde. Over de ontwikkeling van medische technologie in deze eeuw*. Rotterdam: EUR, 1989.
- Rigter, R.B.M., 'De Gezondheids- en Voedingsraad in oorlogstijd', *TGGNWT* 14 (1991) 228-239.
- Ringeling, H.G., 'Eenige opmerkingen omtrent de moderne biologische zuiveringsmethode', *TSH* 2 (1900) 441-454.
- Ringeling, H.G., 'Nog eenige opmerkingen omtrent de moderne biologische zuiveringsmethode', *TSH* 3 (1901) 157-165.
- Rotschuh, K.E., *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippocrates, 1978.
- Roy van Zuydewijn, H.J. de, 'Het werk van de Gezondheidsraad', *TSG* 53 (1975) 752-761.
- Ruysch, W.P., 'Ontsmetting', *TSH* 10 (1908) 127-131.
- Ruysch, W.P., 'Rattenverdelging', *TSH* 10 (1908) 169-171.
- Ruysch, W.P., 'Cholera', *TSH* 11 (1909) 313-316.
- Ruysch, W.P., 'Het gebouw voor den Centralen Gezondheidsraad en de laboratoria ten behoeve van het Staatstoezicht voor de Volksgezondheid', *TSH* 12 (1910) 97-104.
- Ruysch, W.P., 'Mobilisatie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', *TSH* 16 (1914) 327-339.
- Ruysch, W.P., 'De gezondheidstoestand tijdens den wereldstrijd', *TSH* 18 (1916) 3-21.
- Ruysch, W.P., 'Het pokkengevaar', *TSH* 18 (1916) 85-90.
- Ruysch, W.P., 'Mr. Dr. H. Goeman Borgesius', *TSH* 19 (1917) 33-39.
- Ruysch, W.P., 'Wederom het pokkengevaar', *TSH* 19 (1917) 57-58.
- Ruysch, W.P., 'Het grensverkeer', *TSH* 19 (1917) 81-85.
- Ruysch, W.P., 'De volksnooden en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', *TSH* 20 (1918) 185-193.
- Ruysch, W.P., 'Donkere wolken', *TSH* 20 (1918) 252-254.
- Rijnberk, G. van, 'De vivisectie in den Gezondheidsraad', *NTvG* 79 (1935) 1198-1202.
- Sajet, B.H., 'Tuberculose-sterfte in en na den oorlog', *NTvG* 65 (1921) I, 2606-2619.

Saltet, R.H., 'Vergadering van de Geneeskundige Raden over het ontwerp van Wet regelende het Geneeskundig Staatstoezicht', *NTvG* 40 (1896) I, 712-727 en 751-772.

Saltet, R.H., 'Het Ontwerp van Wet tot regeling van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', *NTvG* 43 (1899) II, 745-751.

Saltet, R.H., 'Over pokken en vaccinatie', *TSH* 2 (1900) 1-8.

Saltet, R.H., 'Over de sterfte aan eenige besmettelijke ziekten van 1901 tot 1913 in een aantal landen en over eenige gegevens van de statistiek tijdens den oorlog en daarna', *NTvG* 66 (1922) II, 226-247.

'Samenstelling der Gezondheidscommissiën', *MW* 10 (1903-1904) 413-414.

Samuels, J., *De ontdekking van de oorzaak en genezing van kanker*. Amsterdam: Publ. Contact, 1940.

Sanders, J., 'Lepra', *VMVGZ* (1921), 983-1026.

Schellekens, H. & R.P.W. Visser, *De genetische manipulatie*. Amsterdam: Meulenhoff Informatief, 1987.

Schellen, A.M.C.M., *Artificial insemination in the human*. Amsterdam: Elsevier, 1957.

Schellen, A.M.C.M., 'Enkele sociaalgeneeskundige en juridische aspecten van de kunstmatige inseminatie met semen van een derde', *NTvG* 102 (1958) 826-829.

Schellen, A.M.C.M., 'De arts en de problematiek van de artificiële inseminatie', *MC* 14 (1959) 454-458 en 467-472.

Schepers, R., *De opkomst van het medisch beroep in België. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19e eeuw*. Amsterdam: Rodopi, 1989.

Scholtens, A.L., 'De vervalsching van levensmiddelen en de werking der keuringsdiensten', *TSH* 12 (1910) 229-244.

Scholtens, A.L., 'De secretarissen-generaal', in: *Onderdrukking en verzet*, deel 1, 398-417.

Schuurmans Stekhoven, W., 'De nieuwe officieuze vaccinatievoorschriften', *GG* 8 (1930) 464-467.

Schuurmans Stekhoven, W., 'De poliomyelitis-epidemie gedurende 1931, 1932 en 1933 in Nederland', *GG* 12 (1934) 909-915.

Schuurmans Stekhoven, W., 'Over vaccinatie-risico's en vaccinatie-dwang', *GG* 14 (1936) 1273-1279; *Ibidem* 15 (1937) 1-9, 25-42, 49-58, 97-108, 121-134, 169-182, 193-207, 217-232, 246-256, 265-275 en 289-298.

Schuurmans Stekhoven, W., 'Kabinetsformatie en vaccinatiewetgeving', *GG* 15 (1937) 559-561.

Sickenga, F.N., 'De BCG-vaccinatie', *NTvG* 104 (1960) 72-76.

Sickenga, F.N., 'Het nieuwe epidemische beeld van de tuberculose, en de daaruit voortvloeiende bestrijdingsmaatregelen', *NTvG* 104 (1960) 2672-2676.

Sickenga, F.N., *Korte geschiedenis van de tuberculosebestrijding in Nederland 1900-1960*. 's-Gravenhage: KNCV, 1980.

Sleeswijk, J.G., 'Dr. W.P. Ruysch 1847-1920', *TSH* 22 (1920) 156-175.

Sleeswijk, J.G., 'Van het vaccinatie-congres', *TSH* 26 (1924) 141-145.

Snoek, A., 'Over de pokken te Amsterdam in 1903 en 1904', *NTvG* 60 (1916) I, 1064-1075.

'Sociale hygiëne en openbare gezondheidsregeling', *TSH* 1 (1899) 1-4.

Sociale Zekerheid. Rapport van de Commissie-Van Rhijn. Z.pl., 1945.

Spaander, J. & P.G. Hoorweg, 'Gammaglobuline', *NTvG* 97 (1953) 2938-2944.

Spaander, J., 'De gevaren verbonden aan toenemend contact van de bevolking met ioniserende stralen', *NTvG* 100 (1956) 3110-3118.

Spek, J. van der, 'Wat kan in dezen tijd in het belang der geestelijke volksgezondheid gedaan worden?', *NTvG* 85 (1941) 221-229.

Spreeuwenberg, C., 'Levensbeëindiging buiten aanwezigheid van een uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene', in: De Beaufort en Dupuis, *Handboek Gezondheidsethiek*, 481-487.

'Staatstoezicht voor de volksgezondheid in dezen veelbewogen tijd', *TSH* 16 (1914) 319-322.

Stemmers, F.A., 'Geslachtsziektenbestrijding 1850-1880', *TGGNWT* 4 (1981) 1-24.

Stoffelsma, J., *Asociale tuberculoselidjers*. Leeuwarden: A. Jongbloed, 1947.

Stolk-van Delen, H.W., *Wijkverpleging in historisch perspectief. Ontstaan en ontwikkeling van de wijkverpleging (1890-ca 1930) met aandacht voor aspecten van medicalisering en professionalisering*. Amsterdam: Rodopi, 1983.

Swaan, A. de, *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker, 1989.

Swijtink, A., *In de pas. Sport en lichamelijke opvoeding in Nederland tijdens de Tweede Wereldoorlog*. Amsterdam, 1992.

Symposia inzake radioactiviteit gehouden voor overheidsfunctionarissen werkzaam op het gebied van de volksgezondheid gedurende de jaren 1957 t/m 1964. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, z.j.

Taal, G., *Liberalen en Radicalen in Nederland, 1872-1901.* 's-Gravenhage, 1980.

Terburgh, J.Th., 'De vaccinatie-toestand van de Nederlandsche bevolking', *VMVGZ* (1923) 15-24.

Terburgh, J.Th., 'De epidemiologie van de postvaccinale encephalitis in Nederland', *NTvG* 71 (1927) II, 1810-1824.

Terburgh, J.Th., 'De geschiedenis van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid', *TSH* 31 (1929) 29-46 en 69-91.

Terburgh, J.Th., 'Epidemiologisch overzicht van de in Nederland waargenomen gevallen van encephalitis na inenting tegen pokken gedurende het tijdvak 1 Januari 1928-31 October 1929', *VMVGZ* (1930) 587-616.

Terburgh, J.Th., 'De epidemiologie der poliomyelitis in Nederland', *NTvG* 74 (1930) 3528-3543.

Terlouw, Th.J.A., *De opkomst van het heilgymnastisch beroep in Nederland in de 19de eeuw. Over zeldzame amfibieën in een kikkerland.* Rotterdam: Erasmus Publishing, 1991.

Thiebout, W., 'Quarantaine-station aan den Maasmond', *TSH* 4 (1902) 19-23.

Toekomstverkenningen. Jaarboek 1986. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1986.

Trienekens, G.M.T., *Tussen ons volk en de honger. De voedselvoorziening, 1940-1945.* Utrecht: Stichting Matrijs, 1985.

Tromp, M.H., 'De voeding in het gezin van den werklooze', *NTvG* 78 (1934) 5388-5399.

Tromp, M.H., 'De kunstmatige bevruchting bij de mens', *NTvG* 93 (1949) 1054-1062.

Trüb, C.L.P. e.a., 'Die Gegner der Pockenschutzimpfung und ihre Propaganda im 19. Jahrhundert und später', *Medizinische Monatsschrift* 27 (1973) 68-77.

'Tijdelijke bepalingen betreffende de vaccinatie. Advies van den Gezondheidsraad, uitgebracht door den Voorzitter van den Raad', *VMVGZ* (1932) 1115-1131.

Vegchel, G. van, *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw.* Amsterdam: Het Spinhuis, 1991.

Veld, N.K.C.A. in 't, *De zuivering van artsen en advocaten. Een bijdrage tot de geschiedschrijving van de zuivering van het vrije beroep.* 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

Verbeeck, S., 'Huisarts is spil gezondheidszorg. Professor Haex neemt na 17 jaar afscheid van de Gezondheidsraad', *De Medicus* 1 (1983) nr. 15, 1 en 16.

Verdoorn, J.A., *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw.* Nijmegen: SUN, 1981.

Verheul, T., *Eindrapport inzake tijdelijk management van de Gezondheidsraad 22 juni - 15 december 1981.* Wassenaar, 1981.

Verkaik, J.P., *Gewrichten en tijdsgewrichten. Ontwikkelingen in de Nederlandse reumabestrijding, 1905-1990.* Amsterdam: Historisch Seminarium van de Universiteit van Amsterdam, 1991.

Verlinde, J.D. & J. Spaander, 'Neutralisatie van vaccinevirus door gamma-globuline', *NTvG* 93 (1949), 2958-2962.

Verlinde, J.D., 'Beschouwingen over actieve immunisatie tegen poliomyelitis', *TSG* 33 (1955) 391-396.

Verlinde, J.D., 'Actieve immunisatie tegen poliomyelitis met een vaccin van verzwakt virus', *NTvG* 102 (1958) 1144-1149.

Verloskundige organisatie in Nederland: uniek, bewonderd en verguisd. Rapport van de Adviescommissie Verloskunde. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1987.

'Verslag van het 5e Congres voor Openbare Gezondheidsregeling', *TSH* 2 (1900) 209-325.

Verslag van de Staatscommissie, ingesteld bij Kon. Besluit van 3 juli 1918, no. 25, tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding der tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte. 's-Gravenhage: J. en H. van Langenhuisen, 1922.

Verslag van de Staatscommissie inzake de vaccinatie. Z.pl., 1939.

Verslag Algemene Rekenkamer 1981. 's-Gravenhage, 1982.

'Vertooningen van hypnotiseurs e.d. Uittreksel uit een rapport, uitgebracht door eene Commissie uit den Gezondheidsraad, *VMVGZ* (1922) 407-410.

Verwey, L.H., *De geneeskundige wetgeving in 1865 tot stand gebracht door Mr. J.R. Thorbecke.* Rotterdam: H. Nijgh, 1865.

Vlugschrift van het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (samengesteld op verzoek van den Gezondheidsraad). Z.pl., z.j.

- Voeding, gezondheid en financiële toestand van 700 werklozen gezinnen verspreid over geheel Nederland. Rapport uitgebracht door de Commissie tot onderzoek van den gezondheids- en voedingstoestand der werklozen.* 's-Gravenhage: Alg. Landsdrukkerij, 1940 (2 delen).
- Vogelzang, I., *Drinkwatervoorziening van Nederland voor de aanleg van de drinkwaterleiding.* Utrecht: Joh. Mulder, 1956.
- Volksgezondheid in ontwikkeling. Liber amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van prof. dr. P. Muntendam.* Assen: Van Gorcum, 1971.
- 'Voorgestelde wijzigingen in de Gezondheidswet', *TSH* 13 (1911) 57-75.
- Voorschriften voor geneesmiddelen.* 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1940.
- Vreeze, J.Th.M. de, *Voor en na de Gezondheidswet 1956.* Nijmegen/Utrecht: Dekker & Van de Vegt, 1968.
- Vries, PH. de, 1941 M.C. 1945. *Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland.* Haarlem: Tjeenk Willink, 1949.
- Walters, L.R., 'Commissions and bioethics', *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1989), 363-368.
- Webster, Ch., *The health services since the war. Volume I: Problems of health care. The National Health Service before 1957.* London: Her Majesty's Stationery Office, 1988.
- Went, J.J., 'Kernenergie, ioniserende straling en medische toepassingen', *NTvG* 103 (1959) 2103-2108.
- Werkprogramma 1989.* 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1989.
- Wester, J., 'Het gebruik van fluoorhoudende tabletten als tandcariës-profylacticum', *Tijdschrift voor Tandheelkunde* 63 (1956) 729-732.
- Wester, J., 'Coördinatie bij het geven van richtlijnen', in: *Symposia inzake radioactiviteit gehouden voor overheidsfunctionarissen werkzaam op het gebied van de volksgezondheid*, 5-17.
- Weve, H.J.M., 'Het opticiënswetje', *NTvG* 82 (1938) 1684-1694.
- Weijerman, J.W. Jenny, *Het Ontwerp-Gezondheidswet.* Amsterdam, 1900.
- Weijerman, J.W. Jenny, 'Het septic-tank-stelsel', *NTvG* 46 (1902) I, 190-204.
- Weijerman, J.W. Jenny, 'Over de waarde der biologische zuiveringsmethodes voor de praktijk', *NTvG* 46 (1902) I, 461-474.
- Wilde, P.A. de, 'Veertigjarig artsjubileum Dr. Leendert Cornelis Kersbergen', *NTvG* 82 (1938) 1042-1043.
- Wilmer, C.C.S., *Buitens binnen Utrecht.* Vianen: Kwadraat, 1982.
- Witboek inzake de ondersteuningsstructuur t.b.v. de Voorzitter van de Gezondheidsraad.* 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1981.
- Wolff, L.J. de, 'De transformatie van het grijze circuit', in: Janssen, *Externe adviesorganen in de gezondheidszorg*, 32-51.
- Woltering, P.M.J.M.E., 'Proefinstallatie voor biologische zuivering te Tilburg', *TSH* 7 (1905) 41-47.
- Wylick, W.A.H. van, *Röntgen en Nederland. Röntgens betrekkingen tot Nederland en de opkomst der Röntgenologie hier te lande.* Utrecht: J. Hoeijenbos, 1966.
- Wijziging, 'De — van de Gezondheidswet', *MW* 18 (1911-1912) 137-139.
- Zaalberg, C.J.P., 'De toestanden in de Huisindustrie in het bijzonder in Nederland', *TSH* 9 (1907) 141-173.
- Zon, H. van, *Een zeer onfrisse geschiedenis. Studies over niet-industriële vervuiling in Nederland, 1850-1920.* Groningen, 1986.
- Zon, H. van, *Tachtig jaar RIVM.* Assen: Van Gorcum, 1990.
- Zoon, J.J., 'De huid- en geslachtsziekten in oorlogstijd', in: Boerema, *Medische ervaringen in Nederland tijdens de bezetting 1940-1945*, 467-482.

CURRICULUM VITAE

René Rigter werd op 13 december 1961 geboren te Blaricum. Hij volgde een VWO-opleiding op het Sint-Vituscollege te Bussum, waar hij in 1980 het eindexamen behaalde. Hij studeerde geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam (hoofdvak: nieuwe geschiedenis; bijvakken: moderne Aziatische geschiedenis, ontwikkelingsproblematiek van Latijns-Amerika en algemene onderwijskunde). Hij specialiseerde zich in de geschiedenis van de Nederlandse arbeidersbeweging en legde in juni 1986 zijn doctoraalexamen af.

Na zijn studie was hij korte tijd werkzaam op het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, waar hij bijdroeg aan een internationaal comparatief onderzoek naar de geschiedenis van arbeidersbewegingen. Zijn promotie-onderzoek werd verricht binnen de muren van de Vakgroep Filosofie, Ethiek en Geschiedenis der Geneeskunde (Sectie Medische Geschiedenis) van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

